Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

THE LIBRARY OF
THE UNIVERSITY OF MINNESOTA.
OMNIBUS COMMUNE VINCULUM ARTIBUS
CLASS S610.5
BOOK D44-W

Digitized by Google

Digitized by Google

25.211.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

G. ARNOT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, E. EHLERS-Kopenhagen, P. EHRLICH-Frankfurt a. M., S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. von FICK-Wien, E. FINGER-Wien, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, J. JADASSOHN-Bern, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEISTIKOW-Hamburg, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, E. RIECKE-Leipzig, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRÝB Prag, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG
P. TAENZER — BREMEN
J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG

SECHZIGSTER BAND

1915

JANUAR BIS JUNI (Nr. 1—26)

MIT 36 ABBILDUNGEN IM TEXT UND TAFEL 1—3

LEIPZIG UND HAMBURG
VERLAG VON LEOPOLD VOSS
1915

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MINNESOTA LIBRARY

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalabhandlungen.

(* bedeutet „Aus der Praxis".) Seite

Zwei Fälle von ungewöhnlich schwerer Syphilis der Nase und des Gaumens, von Richard Frühwald 1
Silbernitrat oder Silbereiweiß? von J. Schumacher 13
Die Wirkung des Höllensteins, von P. G. Unna 20. 46
Über einen Fall von Erythema induratum Bazin, von P. L. Bosellini 41
Nävusartige Erkrankung am Oberschenkel (Syringadenoma papilliferum), von Adolf Fischer 65
*Über Embarin, von Alfred Róth 69
Monströser Tumor der Genitalgegend, von Grisson und E. Delbanco 89
Experimenteller Beitrag zur Ätiologie der Pellagra, von Karl Rühl . . . 113. 151. 176
In bezug auf Sitz, Anzahl und Volumen abnorme subkutane syphilitische Hautgummata, von Artur Fontana 145
Eduard Jacobi †, von Karl Taege 158
Ammoniumpersulfat bei Gonorrhoe, von J. Schumacher 169
Über Atrophia maculosa cutis luetica, von R. Polland 193
Nachtrag 353
Ein Fall von Syphilis mit Primäraffekt in der Vagina, von Ludw. Nielsen 209
Das Richtersche Kontraluesin und seine praktische Bedeutung, von P. Scharff . . 233
Über das Verhalten des Salvarsans zu Silbereiweißpräparaten und die kombinierte Behandlung mit beiden Medikamenten, von J. Schumacher 257
Beiträge zur Statistik der Skabies auf Grund der von 1903—1910 in der Leipziger Hautklinik behandelten 2740 Krätzekranken, von Karl Wilke . . . 281. 310. 344
*Über Embarin in der Privatpraxis, von K. Thümmel 293
Thigan, ein neues Antigonorrhoikum, von W. Chrzelitzer 305
Quecksilbergleitpuder (Pulvis fluens hydrargyri) als Ersatz der grauen Quecksilbersalbe, Von P. G. Unna 337
Patriotischer Appell an die Herren Kollegen, von Halle 361
Ein Fall von Syringozystadenom, von Gustav Stümpke 362
Sophus Engelsted †, von J. H. Rille 366
Alfred Fournier †, von M. Petrini de Galatz 368
Über Nosokomialgangrän, von F. Trendelenburg 385
Beiträge zur Histopathologie der Tierhaut, von Louis Merian 409. 433. 454. 479. 493. 517
Über die Empfindlichkeit der Haut für Adrenalin und Pituitrin, von Arnold Josefson 413
Fall von tödlicher Resorzinvergiftung bei äußerlicher Anwendung des Mittels, von C. Boeck 449
Weizenstärke als Hautmittel und ihr Ersatz, von P. G. Unna 473
Über den Einfluß des Lichtes auf das Leukoderma psoriaticum, von A. Buschke . 489
Über Infektiosität des Blutes bei latenter (erworbener) Syphilis mit negativer Wassermannscher Reaktion, von Richard Frühwald 513
Über einen durch Kuhhaare hervorgerufenen Fremdkörpertumor bei einem Melker, von Paul Lauener 529. 556
Über extragenitale Ulcus molle-Infektion, von E. Klausner 537
Ein Beitrag zur Kenntnis der präkanzerösen Wucherungen, von Anton Trýb . . . 553
Über im Berufe erworbene Schleimbeutelerkrankungen, von Erich Ebstein . . . 569
Zur Frage der Bekämpfung der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, von E. v. Düring 575

Digitized by Google

Versammlungen.

Seite

2. Kongreß des Nordischen Dermatologischen Vereines 72
Royal Society of Medicine, Dermatologische Sektion 79
Militärlazarett Tournai 394

Fachzeitschriften.

Actas dermo-sifiliograficas 81. 216. 371. 502. 522
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 266
Archiv für Dermatologie und Syphilis 264. 418
Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma 215. 501
Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle 213. 369. 499
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis 201. 578
Lepra 419
Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section 79
The urologic and cutaneous Review 159. 180. 268. 505
Revista Dermatológica de la Sociedad Dermatológica Argentina 219
Revue clinique d'Urologie 82. 372
Dermatologische Zeitschrift 126. 264. 416
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 30. 297. 458
Zeitschrift für Urologie 29. 457
Dermatologisches Zentralblatt 29. 296

Personalien: 40. 64. 88. 112. 144. 168. 192. 208. 232. 256. 280. 304. 336. 360. 384. 408. 432. 448. 472. 512. 528. 552. 568. 592.

Nachweis der Tafeln.

Tafel 1 Richard Frühwald.
„ 2 Adolf Fischer.
„ 3 Grisson und E. Delbanco.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. Januar 1915 | Nr. 1 | Band 60

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Zwei Fälle von ungewöhnlich schwerer Syphilis der Nase und des Gaumens.

Von

Priv.-Doz. Dr. Richard Frühwald, Assistent der Klinik.

(Mit 1 farbigen Tafel.)

Nase und harter Gaumen bilden eine Lieblingslokalisation der tertiären Syphilis; die Häufigkeit ihres Befallenseins wird in den Statistiken der verschiedenen Autoren ganz verschieden angegeben und schwankt zwischen 5,2—25%. Diese Statistiken sind ja nicht direkt miteinander vergleichbar, da ihnen kein gleichmäßiges Material zugrunde liegt, immerhin aber geht aus ihnen hervor, daß Nase und Gaumen sehr oft von tertiärer Syphilis befallen werden und nur von der tertiären Syphilis der Haut an Häufigkeit übertroffen werden.

Die Ursache für die Bevorzugung der genannten Organe ist schwer zu ermitteln. Evans (1) bezeichnet als notwendige Ursache für die Lokalisation von Gummen schlechte Blutversorgung. Andere Momente, die die Gewebe in ihrer Ernährung stören, wie Traumen, starke Inanspruchnahme oder Zirkulationsstörungen wirken prädisponierend.

So plausibel diese Hypothese für die von Evans gewählten Beispiele ist, so stimmt sie für die Nase doch nicht recht. Die Zirkulationsverhältnisse der Nasenschleimhaut sind nach den Arbeiten von Kohlrausch und Voltolini (2) zuerst von E. Zuckerkandl (3) gründlich erforscht worden. Auf Grund seiner mit sorgfältigster Injektionstechnik ausgeführten Untersuchungen kommt er zu dem Resultate, daß die Nasenschleimhaut ein außerordentlich reichlich entwickeltes arterielles und venöses Gefäßnetz hat, daß in beiden zahlreiche Kollateralen vorhanden sind, so daß es in ihnen sehr schwer zu Zirkulationsstörungen kommen kann. Außerdem geht aus den Darlegungen und Abbildungen von Zuckerkandl hervor, daß die obere Muschel und das knorpelige Septum relativ weniger mit Blut versorgt seien. Daher müßten an diesen Stellen, nach Evans Anschauung, tertiär syphilitische Erscheinungen am häufigsten zu finden sein. Nun weiß man aber, daß sie sich gewöhnlich am knöchernen Septum und an der unteren Muschel lokalisieren.

Digitized by Google

Nach der Ansicht von Isidor v. Neumann (4) liegt die Ursache für die Syphilisrezidive und weiterhin für die Lokalisation der tertiären Produkte in den histologisch nachweisbaren Residuen voraufgegangener syphilitischer Effloreszenzen, bestehend in Anhäufung von Rundzellen um die erweiterten Gefäße, an den Ausführungsgängen der Schleimdrüsen, in Vergrößerung der Papillen usw., wie er sie in der Haut und in der Schleimhaut der Tonsillen und Gaumenbogen fand. Diese Residuen sollen durch chemische oder mechanische Irritationen zu erneuter Proliferation angeregt werden. Eine Stütze erfuhr diese Anschauung in neuerer Zeit durch Spirochätenfunde an Stellen abgeheilter syphilitischer Manifestationen. Es ist nun nicht möglich, sicher festzustellen, wieweit diese Hypothese die Häufigkeit der tertiären Nasensyphilis erklären kann; denn über sekundäre Syphilis der Nasenschleimhaut ist nicht sehr viel bekannt, ja manche leugnen sie sogar. Nun ist aber nach den Angaben von Rille (5) an ihrer Existenz wohl nicht zu zweifeln, wenn sie auch seltener zur Beobachtung kommt wie an anderen sichtbaren Schleimhäuten.

So mag die Neumannsche Hypothese immerhin befriedigen, wenn auch klinische oder anatomische Beweise, bezüglich der Nase, für sie nicht vorhanden sind. Sicherlich ist doch die Haut den meisten äußerlichen Schädlichkeiten ausgesetzt, und daher erscheint sie auch in allen Statistiken als Hauptlokalisationsstelle der tertiären Syphilis. Vielleicht geben für die Nasenschleimhaut langdauernde und oft wiederkehrende Katarrhe das provozierende Moment ab. Jede Schleimhaut wird durch häufige Entzündungen in ihrer Struktur verändert und das kann schließlich so weit gehen, daß sie in ihrer Widerstandskraft beeinträchtigt wird. In einigen Fällen von tertiärer Nasensyphilis konnte ich erheben, daß die Betreffenden seinerzeit, noch vor der Infektion, oft an Schnupfen gelitten haben. Allerdings ist die Zahl dieser Fälle zu gering, um Beweiskraft zu haben. In den zahlreichen veröffentlichten Krankengeschichten von Nasensyphilis ist nichts Derartiges erwähnt. Wahrscheinlich wurde aber nicht danach gefragt. Auch Moldenhauer (6) denkt an den Schnupfen als auslösendes Moment, erklärt diese Annahme aber als nicht sichergestellt. Maubiac (7) leugnet diese Ätiologie für die Lokalisation. Sänger (8) hat in einem Falle seiner zweiten Untersuchungsreihe histologisch die Zeichen einer chronischen Rhinitis gefunden und meint, daß dieses Zusammentreffen von chronischer Rhinitis und tertiärer Nasensyphilis nicht selten sei.

In der Nase tritt die tertiäre Lues nach Bernoud (9) in dreierlei Gestalt auf: 1. als Gumma, 2. selten, als lokale Infiltration, 3. als diffuse Infiltration. Wenn sich nun eine dieser Formen auf dem Nasenboden

Digitized by Google

lokalisiert, so tritt, da bei platten Knochen die Affektion gewöhnlich doppelseitig ist, auch auf der gegenüberliegenden Seite, am harten Gaumen, der Prozeß auf. Bleibt dieser sich selbst überlassen, so dringt er von beiden Seiten in die Tiefe; der in seiner Ernährung gestörte Knochen wird nekrotisch, es kommt zur Bildung eines Sequesters, der ausgestoßen wird, so daß schließlich eine Kommunikation zwischen Mund- und Nasenhöhle besteht. Es kann aber auch der Prozeß primär im Knochen beginnen und auf die Schleimhaut übergreifen. Perforationen sind ein sehr häufiges Vorkommnis, da in vielen Fällen die Patienten ihre Beschwerden in Nase und Mund nicht beachten und erst wenn die Perforation eingetreten ist, wenn ihnen Flüssigkeiten durch die Nase zurückkommen und ihnen der näselnde Klang ihrer Stimme auffällt, zum Arzte gehen. In manchen Fällen wird allerdings auch nicht rechtzeitig die Diagnose gestellt.

Die nekrotischen Knochenherde sind gewöhnlich klein. Bernoud (l. c.) gibt ihre Größe im Durchschnitt mit 2—3 cm im längeren und etwas weniger im kürzeren Durchmesser an. Kleinere derart entstandene Defekte können sich oft von selbst verschließen, wenn die richtige Therapie eingeleitet wird, ja sogar ohne dieselbe (Bernouds Obs. I). Die beiden Extreme, fissurartige Perforation und ausgedehnte Knochenzerstörung, sind große Ausnahmen. In der mir zugänglichen Literatur habe ich nur wenige Fälle von hochgradiger syphilitischer Zerstörung des Oberkiefers und der knöchernen Nase gefunden. So bei Koch (10). Der diesbezügliche Passus im Sektionsprotokolle lautet: „Es zeigt sich, daß der ganze rechte Oberkiefer, wie ein großer Teil des harten Gaumens und fast der ganze weiche Gaumen fehlt. Der Defekt reicht hinauf bis zur Orbita und umgreift einen Teil des rechten Nasenbeins.“ Es muß allerdings bemerkt werden, daß der angeführte Defekt wohl etwas größer war als der nekrotische Herd, da eine operative Entfernung des letzteren vorgenommen war.

Ebenfalls ausgedehnte Knochennekrose, wenn auch nicht so hochgradig, bietet der Fall von Combe (11), bei dem infolge tertiärer Lues zerstört waren: 1. die Vorderteile der Oberkiefer zwischen den Eckzähnen, 2. der vordere Teil des Gaumenbeins in der Breite von 2,5 cm, 3. ein Teil des Vomer und des knöchernen Nasengerüstes. Mauriac (l. c.) erwähnt den Kranken von Delpech, bei dem Mund, Pharynx und Nasenhöhle in eine Höhle verwandelt waren. Glück (12) berichtet über einen 60jährigen Bauer, bei dem der größte Teil des harten Gaumens fehlte. Goldenstein (13) teilt einen Fall mit, bei dem das ganze Nasengerüst, der harte Gaumen, das Gaumensegel, der Arcus dentalis des Oberkiefers und die Gebilde des Pharynx destruiert waren. Bei Lang (14)

Digitized by Google

ist ein Fall abgebildet, bei dem der größte Teil des harten Gaumens fehlt, so daß man die Lamina perpendicularis des Siebbeins vom Munde aus sieht. Doch ist dieser Fall nicht näher beschrieben.

Es erscheint mit daher gerechtfertigt, im folgenden die Geschichte zweier Kranken aus der hiesigen Klinik, bei denen es zu exzessiver Nekrose des harten Gaumens und der knöchernen Nase gekommen war und die überdies zur Sektion gelangten, hier mitzuteilen.

Fall I.

Bernhard B., 38 J., Tischler, kam am 17. X. 1904 zum ersten Male in die Klinik. Er gab an, daß er sich im Juni am linken Zeigefinger verletzt habe und längere Zeit lokal behandelt worden sei. Im Juli trat ein Ausschlag auf, der mit Einreibungen von grauer Salbe und mit Jodkali behandelt wurde. Patient hatte bei der Aufnahme am behaarten Kopfe, an den Schultern und den Unterextremitäten bis talergroße, ziemlich tiefe, runde Geschwüre mit aufgeworfenen Rändern, teilweise mit grüngelben Krusten bedekt. Außerdem bestanden Papeln an der Unterlippe und am Genitale. Auf der Grundphalanx des linken Zeigefingers eine blaurote Narbe. Diagnose: Lues II.

Da am Genitale kein Sklerosenrest zu sehen war, wird wohl die Affektion am Finger der Primäraffekt gewesen sein. Patient bekam Sublimatbäder und acht Einspritzungen mit Sozojodolquecksilber. Binnen vier Wochen waren alle Geschwüre verheilt und Patient wurde am 12. XI. 1904 entlassen. Am 6. II. 1905 kam er abermals, da er seit einer Woche starke Halsschmerzen hatte. Die Untersuchung zeigte die linke Hälfte des Gaumensegels stark gerötet und geschwollen. Auf der hinteren Rachenwand befand sich ein tiefes, stark eitriges Geschwür, welches sich auf den linken hinteren Gaumenbogen erstreckte und diesen zum Teil zerstört hatte. Nach Jodkalidarreichung und neun Sozojodol-Hg-Spritzen wurde Patient am 4. III. 1905 gebessert in poliklinische Behandlung überwiesen. Er nahm weiter Jodkali. Da sich aber seine Beschwerden nicht besserten und auch Gefühl von Trockenheit in der Nase auftrat, suchte er am 8. V. 1905 abermals die Klinik auf. Es wurden der frühere, aber verkleinerte Substanzverlust im Rachen und gelblichrote Krusten am Naseneingang konstatiert. Am 11. V. wurde er in die Ohren- und Halsklinik verlegt. Nach seiner Entlassung bestanden die Hals- und Nasenbeschwerden fort. Er wurde weiter mit Jodkali und Mundspülungen behandelt. Im November 1906 soll beim Husten ein Knochenstück herausgekommen sein, ebenso im März 1907. Am 17. II. 1908 trat Patient abermals in die Klinik ein. Damals fand sich der ganze weiche Gaumen gerötet und infiltriert, die Uvula kaum beweglich. In der Medianlinie eine für eine feine Sonde durchgängige Perforation. Die rhinoskopische Untersuchung war negativ. Therapie: Inhalation von Jodkali, Jodnatrium $3 \times 0{,}5$. Nachdem die subjektiven Beschwerden nachgelassen hatten, ohne daß objektiv eine Veränderung eingetreten war, verließ Patient am 29. II. die Klinik. Er wurde draußen wie früher weiterbehandelt. Da sich aber sein Zustand stets verschlimmerte und auch Schwerhörigkeit hinzugetreten war, kam er am 17. XI. wieder in die Klinik. Abgesehen von einigen unwichtigen Nebenbefunden wurde bei ihm folgender Status der Mundhöhle aufgenommen: Nach Entfernung von fötiden, borkigen Auflagerungen zeigt sich, daß Uvula, Tonsillen und die vorderen Gaumenbogen fehlen. In der Ebene der fehlenden Uvula zieht ein spitzbogiger Defekt nach der Mitte des weichen Gaumens, der starr infiltriert und gerötet ist. Die Ränder des Defekts sind steil, mit fötidem, schwer entfernbarem Belage versehen. Nach rechts hin führt ein schmaler, für eine Sonde kaum durchgängiger Spalt in eine dreieckige, kaum pfennig-

Digitized by Google

große, ähnliche Perforationsöffnung. Eine dritte, überdattelkerngroße Perforation führt, an diese anschließend, rechts, nahe dem harten Gaumen beginnend in diesen hinein und endet nach vorn zu in zwei rinnenförmige, schmale Schleimhautdefekte. Durch diese stößt die Sonde auf rauhen Knochen. An der übrigen Schleimhaut befinden sich disseminiert stecknadelkopf- bis hanfkorngroße, seichte, scharf umschriebene, teils rundliche, teils unregelmäßig begrenzte, mit gelbweißem, festhaftendem Belage versehene Substanzverluste. Die hintere Rachenwand ist ebenfalls mit einem festhaftenden, graugrünen, fötiden Belage versehen. Starker Foetor ex ore. Im Naseninnern keine Zerfallserscheinungen.

Therapie: Inhalation von Jodkali, Lapisierung. Zunächst blieb der Prozeß stationär. Bald jedoch sah man, daß die kleinen peripheren Herde sich vertieften, vergrößerten, konfluierten und schließlich größere, von wulstigen Rändern umgebene Perforationsstellen bildeten. Es wurde nun eine Schmierkur eingeleitet. Doch vergrößerten sich die Ulzerationen stetig. Anfangs Dezember stießen sich nekrotische Knochenmassen ab und durch Konfluenz der einzelnen Herde entstand ein bis an die Schneidezähne reichender, spaltförmiger Defekt im harten Gaumen, der von stark infiltrierten Rändern begrenzt war. In den folgenden Tagen gingen stets kleine Knochenstücke ab und der Defekt verbreiterte sich ständig. Auch die Defekte am weichen Gaumen vergrößerten sich, so daß dieser schließlich aus drei nekrotischen Wülsten bestand, die nur durch eine schmale Brücke mit der Schleimhaut zusammenhingen und ebenfalls bald abgestoßen wurden. Da die Schmierkur keine Besserung erzielte, wurde sie nach 15 Einreibungen ausgesetzt. Es wurden lokale Jodoformeinblasungen zweimal täglich gemacht. Am 17. XII. trat eine mäßig druckschmerzhafte Schwellung der rechten Wange auf. Auch die lokale Therapie zeigte keinen Erfolg, und am 25. XII. reichte die Perforation nach vorn bis an die Schneidezähne, seitlich bis an die Backenzähne, die sehr locker waren. Es wurden nun die Ulzerationen mit H_2O_2 gepinselt und Mundspülungen mit Kal. hypermang. gemacht. Außerdem wurden, da Patient sehr herabgekommen war, dreimal täglich asiatische Pillen gegeben. 1. I. 1909. Die oberen Schneidezähne sind ausgefallen, der linke Eckzahn und die Prämolaren stark beweglich. Um diese Zeit trat auch Temperatursteigerung auf, die sich stets um 38° hielt. 8. I. Aus dem vorderen Teile des Gaumendaches wird leicht ein etwa wallnußgroßer Sequester entfernt. Es besteht nun ein fast den ganzen harten Gaumen einnehmender Defekt. Vorn war nur mehr eine schmale Knochenspange vorhanden. Die so entstandene Höhle war fast gänzlich der Schleimhaut beraubt und es lag der nekrotische Knochen bloß, der mit äußerst fötiden, jauchigen Massen belegt war. Die Höhle wurde mit Jodoformgaze tamponiert. In den folgenden Tagen wurde nur wenig Knochen abgestoßen, der Fötor ließ etwas nach. Bald jedoch trat er wieder auf, die vorhandene Schleimhaut wurde stärker gerötet, infiltriert und zerfiel. Am 27. I. wurde auch die oben erwähnte Knochenspange abgestoßen. Es fielen nun noch die übriggebliebenen Zähne aus, doch ging kein Knochen weiter ab. So blieb der lokale Befund der gleiche, während das Allgemeinbefinden, das bis dahin außer Schwäche gut war, sich zusehends verschlechterte. Die Temperaturen wurden subnormal und am 7. II. trat der Exitus ein.

Die bezüglichen Stellen des Sektionsprotokolles (Prof. Versé) lauten: Es fehlt der mittlere Teil des Oberkiefers und der größte Teil des Gaumens, so daß Nase und Mundhöhle breit kommunizieren. Die ganzen Schleimhäute sind hier zerfallen und die Oberfläche mit schmierigen Massen bedeckt. Die Halsorgane werden im Zusammenhange mit der Schädelbasis herausgenommen. Es zeigt sich dabei, daß auch der größte Teil der Nasenmuscheln und des Vomer zerstört ist. In den Oberkieferhöhlen findet sich eine jauchige Schmiere. Sie sind breit nach der Zerfallshöhle, die Mund- und Nasen-

Digitized by Google

höhle umfaßt, eröffnet. An der Zungenbasis ist die Oberfläche ebenfalls zum Teil zerfallen; es finden sich hier lange, zottenartige Wucherungen der Papillen, so daß die Zunge pelzartig aussieht. Außer einer Induration der Lymphdrüsen, in die einzelne käsige Herde eingesprengt waren, ergab sich sonst nichts Besonderes.

Epikrise: Ein 38jähriger Mann akquirierte eine extragenitale Syphilis, die frühzeitig malignen Charakter annahm. Er hatte nur zweimal disseminierte Eruptionen auf der Haut, von denen nur die zweite in der Klinik beobachtet wurde; bemerkenswert ist, daß es sich damals um ein ulzeröses Syphilid handelte, da nach BERNOUD ulzeröse Prozesse im Frühstadium eher das Auftreten tertiärer Nasenerscheinungen befürchten lassen. Etwa acht Monate nach der Infektion begann die Krankheit sich in der Mundhöhle zu lokalisieren, hat diese seither nicht mehr freigelassen und sich auch noch auf die Nasenhöhle ausgedehnt. Es fanden sich zuerst große und tiefe Geschwüre auf den Weichteilen, die durch spezifische Therapie nur wenig beeinflußt wurden; trotzdem der Kranke fast dauernd Quecksilber und Jodkali bekam und auch lokal behandelt wurde, verkleinerten sich die Geschwüre nur zeitweise ein wenig, zeigten aber im übrigen stets progressive Tendenz. Ein Jahr später scheint bereits der Knochen befallen gewesen zu sein, da nach der Angabe des Patienten ein Sequester abgegangen sein soll; ebenso im folgenden Jahre. Als er drei Jahre nach dem letzten Spitalsaufenthalte, im vierten Jahre der Erkrankung, die Klinik wieder aufsuchte, fand sich auch bereits eine, wenn auch kleine, Perforation. Der Prozeß schritt trotz aller allgemeinen und lokalen Behandlung unaufhaltsam fort und zerstörte allmählich fast den ganzen Gaumen, so daß schließlich Mund- und Nasenhöhle eine große, mit jauchigen Massen erfüllte Höhle bildeten. Auch der größte Teil der Nasenmuscheln und des Vomer waren durch den Prozeß zerstört worden. Das Allgemeinbefinden, bislang relativ gut, verschlechterte sich schließlich und unter zunehmender Schwäche kam der Kranke etwa $4^1/_2$ Jahre nach der Infektion zum Tode.

Ebenfalls hochgradige Erscheinungen zeigte der zweite Fall, den ich während der ganzen Zeit seines Aufenthaltes in der Klinik beobachten konnte, während ich den vorherigen nur die letzten drei Wochen sah.

Fall II.

Am 16. III. 1909 wurde uns der 26jährige Zimmermann Paul T. von der hiesigen Poliklinik für Nasen- und Ohrenleiden zugeschickt. Er gab an, als Kind Masern, vor vier Jahren Gonorrhöe und vor zwei Jahren Rippenfellentzündung gehabt zu haben. Sonst will er stets gesund gewesen sein. Im Herbst vorigen Jahres bemerkte er, daß er durch die Nase keine Luft bekomme und begab sich in die Poliklinik für Nasen- und Ohrenleiden in Berlin zur Behandlung, wo er „ausgekratzt" wurde. Sein Zustand besserte sich, doch blieb eine Anschwellung der linken Wange zurück. Einige Zeit darauf trat eine Schwellung des linken Auges auf. Ein Abszeß am inneren Augenwinkel

Digitized by Google

wurde inzidiert, worauf Heilung eintrat. Ende Oktober wachte er eines Nachts auf und hatte ein Stückchen Knochen im Munde. Woher dieses stammte, wußte er nicht anzugeben. Im November entstand eine Geschwulst am Oberkiefer, die von selbst aufbrach, wobei sich Eiter und nekrotische Massen entleerten. Hierauf bemerkte er ein Loch im Oberkiefer. Im folgenden Monate mußte er sich die oberen Schneide- und die linken Mahlzähne ziehen lassen, da sie locker waren. Er behandelte sich mit Ausspülungen, doch wurde das Loch im Oberkiefer allmählich größer.

Status praesens: Klein, grazil gebaut, Muskulatur und Fettpolster gut entwickelt. Urin frei von pathologischen Bestandteilen, innere Organe, Genitale ohne Befund. Inguinaldrüsen beiderseits erbsen- bis dattelkerngroß, derb, indolent, verschieblich. Kubital- und Zervikaldrüsen nicht tastbar.

Haut: Am linken inneren Augenwinkel befindet sich eine etwa talergroße Rötung und mäßig derbe Infiltration. Dieser sitzt eine überbohnengroße, gelblich verfärbte, fluktuierende Geschwulst auf.

Mundhöhle: Aus dem Alveolarteile der Oberkiefer fehlt vorn in der Mitte ein ca. 4 cm langes, $^1/_2$ cm breites Stück. Durch diesen Defekt kommt man in die Nasenhöhle. Der harte Gaumen ist in der Mitte in der Größe einer Kinderhand, sowie am linken Alveolarfortsatze in der Größe einer Wallnuß von Schleimhaut entblößt, rauh, nekrotisch, grüngelb verfärbt. Die Lippenschleimhaut gegenüber dem oben erwähnten Oberkieferdefekt ulzeriert, mit grüngelben Massen belegt. Es fehlen die oberen Schneidezähne, der linke Eckzahn, die Prämolaren und der erste Molar. Starker Foetor ex ore. Rhinoskopischer Befund (laryngologische Poliklinik): Nekrose des linken Siebbeins, der Nasenscheidewand und des Nasenbodens.

Diagnose: Lues III. Nekrose des harten Gaumens und der knöchernen Nase. Über die Diagnose konnte trotz des Fehlens von Primär- und Sekundärerscheinungen kein Zweifel herrschen. Die Schleimhaut hätte eventuell durch Tuberkulose zerstört sein können, so daß der Knochen bloßgelegt wurde, doch müßten dann in der Umgebung Primärknötchen zu finden gewesen sein. Gegen Aktinomykose sprach das Fehlen der charakteristischen Körnchen im Eiter und der negative Kulturversuch. Gegen Leukämie, bei der, wie Wechselmann und Marcuse (15) beschrieben haben, auch Nekrose des harten Gaumens eintreten kann, sprach das Fehlen jeden Anhaltspunktes, wie dies auch der spätere Verlauf bestätigte. Trauma war keines vorausgegangen, und so konnte eine derart hochgradige Nekrose des harten Gaumens und der Nase nur auf Lues bezogen werden. Sagt ja auch schon Weber (16), daß ausgedehnte Karies des Oberkiefers mit fortschreitender Zerstörung fast nur der Lues eigen ist. Die von Dr. Gappisch angestellte Wassermannsche Reaktion war positiv.

Bezüglich der Art der Lues konnte man an Lues hereditaria tarda denken. Es sind ja mehrfach Fälle beschrieben, wo erst im dritten Dezennium, ja sogar später, Späterscheinungen einer ererbten Syphilis auftraten. Nach Zeissl und Wolff (17) ist deren Lieblingssitz der Nasen- und Rachenraum. Doch ergab eine gelegentliche, vorsichtige Ausforschung der Eltern keinen diesbezüglichen Anhaltspunkt. Die Annahme einer extragenitalen Sklerose auf einer der jetzt zerstörten Schleimhäute wäre gezwungen. Am wahrscheinlichsten ist es, daß es sich um eine „Syphilis ignorée" handelte. Weiß man doch, daß diese gar nicht selten ist. Fournier gibt im 1. Band seines „Traité de la Syphilis" die Zahl mit 3,1% für Männer und 17,9% für Frauen an, im 2. Bande sogar mit 11 bzw. 30%. Fick (18) mit 27,3 bzw. 78,3% und andere ähnlich. Auch Mounier (19) kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schlusse, daß man tertiär luetische Erscheinungen in der Nase finden kann, ohne den Infektionsherd zu

Digitized by Google

entdecken. So kann man wohl auch hier annehmen, daß Patient die Primär- und Sekundärerscheinungen übersehen hat.

Therapie: Jodkali, Spülungen mit Kal. hypermang. 19. III. Der Zustand ist im gleichen geblieben, nur ist der nekrotische Knochen mehr schwarz geworden. Der anstoßende Schleimhautsaum eitrig belegt. 23. III. Die Geschwulst am Augenwinkel ist aufgebrochen. Es zeigt sich ein mit Eiter belegter Substanzverlust. Im Verlaufe der folgenden Tage wurde das Geschwür tiefer, und am 25. III. stießen sich eitrig-nekrotische Massen ab. Es resultierte ein etwa markstückgroßes, von einem eitrigen Saume umgebenes Loch, durch das man in eine von nekrotischen, des Periosts beraubten Knochen begrenzte Höhle kommt, die mit schmierigen Massen teilweise belegt ist. Nach unten gelangt man in die linke Nasenhöhle. In den folgenden Tagen gab Patient an, daß öfters kleine Bröckel vom Knochen abgingen. Es zeigt sich, daß der Defekt an der Vorderseite des Oberkiefers etwas größer geworden ist. 30. III. Der geschwürige Saum um den Defekt am Auge ist etwas größer. Die Nasenwurzel ist breit geschwollen. Da die Therapie keine Änderung herbeiführte wurde Zittmanns Dekokt versucht. Doch dieses brachte auch keine Besserung; der nekrotische Knochen blieb fest und unbeweglich. Man mußte daher an eine eventuelle operative Lösung des Sequesters denken und ich besprach die Chancen einer solchen Operation mit Herrn Dr. Trautmann, Assistent der laryngologischen Klinik. Mit Rücksicht auf die unsicheren Aussichten und die große Ausdehnung der Nekrose wurde aber der Gedanke an eine Operation aufgegeben. Um so mehr als die folgenden Ereignisse auftraten. Am 17. IV. hatte Patient mehrere kleine Blutungen aus der Nase, die jedoch bald standen. Dann bekam er eine starke Blutung. In ununterbrochenem Strahle kam dunkelrotes Blut aus dem linken Nasenloche. Durch energische Tamponade mit Jodoformgaze und Berieselung mit H_2O_2 wurde die Blutung gestillt. Ein plötzliches Kleinerwerden des Pulses wurde durch eine Kampferinjektion behoben. Einlauf von physiolgischer Kochsalzlösung. Am nächsten Tag trat Fieber (39°) auf. Da dieses auf Resorption von Eiter infolge behinderten Abflusses bezogen wurde, wurde der Tampon vorsichtig entfernt. Doch blieb das Fieber bestehen. 20. IV. Abends neuerliche vehemente Blutung. Bevor tamponiert werden konnte, kollabierte Patient. Auf energisches Kampfern erholte er sich bald; die Blutung stand. Subkutane Kochsalzinfusion. In den folgenden Tagen besserte sich das Befinden des Patienten allmählich, doch blieb das Fieber mit Morgentemperaturen bis 38,9% und Abendtemperaturen bis 39,9% bestehen. Die Verimpfung eines Blutstropfens auf Agar ergab negatives Resultat. Wiederholte Untersuchungen von Lunge, Milz und Urin negativ. Die Ulzeration an der Gaumenschleimhaut griff weiter. Am 26. IV. bekam Patient starken Husten und er entleerte reichlich eitrige Massen. Die Besichtigung der Mundhöhle ergab eine etwa erbsengroße Perforation am hinteren Ende des Sequesters, die in den Nasenrachenraum führte. Gleichzeitig bestand starkes Ödem der Uvula, welche bis auf das Dreifache ihres Volumens vergrößert war. Das Ödem verschwand jedoch in einigen Tagen. In der Folgezeit vergrößerte sich das Loch am inneren Augenwinkel ständig und erreichte die Größe einer Wallnuß. Der geschwürige, eitrig belegte Saum griff ebenfalls weiter. Ebenso ging am Gaumen der Ulzerationsprozeß fort, doch blieb der Sequester fest. Die Perforationsstelle vergrößerte sich bis zur Größe ein Zweipfennigstückes. Damals klagte Patient über Schwerhörigkeit. Die otologische Untersuchung (Dr. Trautmann) ergab Einziehung und Unbeweglichkeit des linken Trommelfells. Mitte Mai zeigte sich eine Rötung und Infiltration am linken Nasenflügel. Sie verfärbte sich bald schwarz und wurde nekrotisch. Da trotz dieser lokalen Verschlimmerung das Allgemeinbefinden des Patienten sich bedeutend gebessert hatte, wurde die Therapie, die wegen der Blutungen sistiert worden war, wieder auf-

Digitized by Google

Figur 1.

Figur 2.

Digitized by Google

Digitized by Google

genommen. Sie bestand in Spülung mit H_2O_2, Jodoformgazetamponade, innerlich Jodkali und Solutio Fowleri. Durch Antipyrin gelang es, das Fieber einige Zeit zu drücken. Der Prozeß schritt fort. Der Zerfallsherd am Auge vergrößerte sich, ergriff die Lider und durchtrennte die innere Kommissur. Das nekrotische Stück am Nasenflügel war ebenfalls größer geworden und hatte sich abgestoßen, so daß ein dreieckiger Substanzverlust resultierte. In der Zeit vom 5.—8. Juni traten wieder zahlreiche heftige Blutungen aus der Nase auf, wobei Patient regelmäßig kollabierte. Doch erholte er sich stets auf Kampferinjektionen. Außerdem bekam er Kochsalzinfusionen und eine Gelatineinjektion. Unterdessen hatten sich die Zerfallsherde vergrößert. Der ältere reichte fast bis unter die Mitte des Auges, der andere hatte sowohl nach unten auf die Oberlippe als auch nach oben weitergegriffen, so daß ihn nur noch eine 1 cm breite Brücke von ersterem trennte. Im Munde hatte die Nekrose fast den ganzen harten Gaumen ergriffen. 11. VI. Patient klagt über starken Husten. Über dem rechten Oberlappen hinten eine kleine Dämpfung. Brustwickel. 12. VI. Es zeigt sich an der linken Wange, etwa 2 cm vom Mundwinkel entfernt, eine schmutzigbraune, pfenniggroße Verfärbung, ähnlich der am Nasenflügel. Am folgenden Tage stieß sich das nekrotische Stück ab, das Loch in der Wange vergrößerte sich rasch, ebenso wie die zwei anderen. Um diese Zeit fiel der zweite linke obere Molarzahn aus. Das Fieber blieb konstant, der Kräftezustand des Patienten sank rasch. Auch die Perforationen vergrößerten sich, so daß Patient in den letzten Junitagen folgendes Bild bot: das Loch am Auge maß 5 cm im langen und 2 cm im kurzen Durchmesser. Von ihm durch eine 2 mm breite Brücke getrennt, dehnte sich der Substanzverlust am Nasenflügel in einer Größe von 3 : 2 cm aus. Die linke Hälfte der Oberlippe war etwas nach oben verzogen. Das zuletzt entstandene Loch war annähernd kreisrund und hatte einen Durchmesser von 4 cm. Durch diese Öffnungen sah man in großer Ausdehnung den schwarzen nekrotischen Oberkiefer, den teilweise rarefizierten Processus alveolaris, den Processus frontalis und einen Teil des Nasenbeins. Diese Knochen waren zum Teil mit mißfarbigen, stinkenden, jauchigen Massen belegt. Mit der Sonde kam man von der oberen Öffnung nach hinten in die Orbita, nach unten in die linke Nasenhöhle. Von der zweiten aus durch eine Perforation im knorpeligen Septum in die rechte Nasenhöhle, nach unten in die Mundhöhle, nach hinten oben in die mit nekrotischen Massen erfüllte Oberkieferhöhle. Von der dritten Perforation gelangte man in die beiden anderen. Der Zustand des Patienten war ein kläglicher: Speichel und Speisen kamen durch die Defekte in der Wange wieder heraus, so daß er nichts mehr genießen konnte und Nährklysmen bekommen mußte. Der Kranke verfiel rapid, er wurde somnolent, es traten heftige Durchfälle auf, und am 1. VII. trat der Exitus ein.

Vom Sektionsprotokolle (Prof. Versé) gebe ich nur die wichtigsten Stellen wieder. Es enthält zuerst eine Beschreibung der Veränderungen im Gesicht, die sich im wesentlichen mit dem in vivo aufgenommenen Befunde deckt. Die Knochennekrose erstreckte sich zunächst auf den ganzen linken Oberkiefer. Das Corpus maxillae mit seiner lateralen, vorderen und medialen Wand, die Processus alveolaris, palatinus, zygomaticus und frontalis waren des Periosts beraubt und schwarz. Ferner waren nekrotisch das linke Nasenbein, Tränenbein, der vordere Teil der Lamina papyracea des Siebbeins, die Pars horizontalis des Gaumenbeins, die knöcherne Nasenscheidewand und die linken Muscheln. Rechts waren von der Nekrose ergriffen der Processus palatinus des Oberkiefers sowie der anstoßende Teil des Gaumenbeins, der Processus alveolaris bis zu den Prämolaren und ein Teil der Begrenzung der Apertura pyriformis. Abgestoßen war der vordere Teil der Processus alveolares im Bereiche der Schneidezähne und das erwähnte zweipfenniggroße Loch an der hinteren Begrenzung des harten Gaumens. Ein weiterer wichtiger Befund wurde am Genitale erhoben: „Der rechte Hoden ist fest verwachsen

Digitized by Google

mit den Scheidehäuten. Auf dem Durchschnitte in den mittleren Teilen durchsetzt von breiten, weißlichen, fibrösen Streifen, zwischen denen nur wenig Parenchym noch erhalten ist." Ferner: „Zungengrund nicht abgeglättet. Die Krypten der Tonsillen weit, enthalten etwas eitrige Massen. Vor dem Foramen coecum die Papillae filiformes stark verlängert. Sie bilden einen zottigen, haarähnlichen Besatz, der durch eine schwärzliche, schmierige Masse zusammengehalten wird." Außerdem ergab die Sektion fibröse Umwandlung der zentralen Teile der Inguinaldrüsen, leichtes Gehirnödem, konfluierende Lobulärpneumonie im unteren Teile des rechten Oberlappens und oberflächliche nekrotisierende Entzündung im Jejunum und Ileum.

Epikrise: Es handelt sich um einen 26jährigen Mann, der hochgradige, tertiär syphilitische Erscheinungen zeigte, ohne primäre oder sekundäre Zeichen bemerkt zu haben. Dieses Übersehen und die infolgedessen mangelnde Behandlung mögen wohl zur Schwere des Tertiärstadiums beigetragen haben, da ja Unterlassung der spezifischen Behandlung allgemein als wichtige Ursache der tertiären Lues angesehen wird. Bezüglich des Beginnes des Tertiärstadiums mußte ich gleich an die anamnestisch erhobene Nasenaffektion im Jahre vorher denken. Ich wandte mich daher an die Berliner Ohrenklinik mit der Bitte um Mitteilung über diesen Fall. Ich erhielt in liebenswürdiger Weise die Auskunft, daß ein Empyem der Kieferhöhle mit Auftreibung und Granulationsbildung konstatiert worden war. Die Behandlung bestand in Durchspülung und Darreichung von Jodkali, ohne daß aber die Annahme von Lues gemacht wurde. Nach diesem Berichte erscheint es mir außer Zweifel, daß die Affektion mit einer luetischen Kieferhöhlenerkrankung begonnen hat. Der Bericht entspricht ganz der Beschreibung, die Jambon (20) von der Sinusitis luetica gegeben hat: Schwellung der Schleimhaut, fungöse Massen, Auftreibung des Knochens, Eiterung. Diese Annahme erscheint mir deshalb wichtig, weil die luetischen Affektionen der Nebenhöhlen, obwohl ihre pathologische Anatomie von verschiedenen Seiten, besonders aber von Zuckerkandl, der in 80% von Nasenlues die Nebenhöhlen, besonders häufig die Oberkieferhöhle erkrankt fand, beschrieben ist, von manchen Autoren übergangen wird. Andere leugnen bloß die primäre Sinusitis. Nach zahlreichen beschriebenen Fällen (Jambon, Ardenne [21], Ahrens [22] usw.) und diesem scheint eine solche aber doch unzweifelhaft zu bestehen, wie auch Lermoyez (23) dies sagt. Jambon fand unter 16 Fällen von Nebenhöhlensyphilis 12mal die Kieferhöhle befallen.

Von der Kieferhöhle hat sich der Prozeß offenbar auf die Schleimhaut der Nasenhöhle und des Tränenganges fortgesetzt und führte zu einer Dacryocystitis luetica, eine Affektion, die ja nicht selten ist. In der Folgezeit, in der sich Patient keiner regelmäßigen ärztlichen Behandlung unterzog, ging der Prozeß auf den Oberkiefer über. Es bildete

Digitized by Google

sich, offenbar im Anschlusse an ein Gumma des Nasenbodens, ein solches des Gaumendaches, das schließlich perforierte und zu einer Kommunikation zwischen Mund und Nase führte. Erst nachdem sich dieses Loch allmählich vergrößert hatte, begab er sich in Spitalbehandlung. Hier ging trotz spezifischer Behandlung die Nekrose weiter. Es zeigte sich auch die charakteristische Anschwellung der Nasenwurzel. Dann kam es zu starken spontanen Blutungen, die nach Bernoud ziemlich selten sind. Nachdem sich mehrere kleinere Stücke aus dem Alveolarteile und ein größeres aus dem hinteren Gaumendache abgestoßen hatten, wurde das Bild nicht mehr von der Knochenerkrankung, sondern von der Zerstörung der Weichteile beherrscht. Der Prozeß griff vom Knochen auf die darüberliegenden Weichteile über, es kam zur gummösen Infiltration, zum Zerfalle und zur Bildung von drei großen Löchern in der Wange. Unter zunehmender Kachexie kam Patient zum Exitus.

Die Sektion bestätigte im allgemeinen den intra vitam erhobenen Befund, zeigte aber die Knochennekrose in größerem Umfange, als man früher sehen konnte. Außerdem wurde eine fibröse Orchitis gefunden, die keine klinischen Erscheinungen gemacht hatte. Dieser Befund ist deshalb wichtig, weil von vielen Autoren diese Erkrankung als pathognomonisch für Lues angesehen wird. Die Lobulärpneumonie und die Enteritis können leicht auf Aspiration bzw. Verschlucken des jauchigen Sekretes bezogen werden. Bemerkenswert ist, daß die von Prof. Loehlein angestellte Wassermannsche Reaktion negativ ausfiel, während sie intra vitam positiv gewesen war.

Wir haben nun zwei Fälle der von allen Autoren als äußerst selten bezeichneten hochgradigen Zerstörung des harten Gaumens und der knöchernen Nase vor uns. Bei dem einen Falle kam es zur Abstoßung des zerstörten Knochens, beim anderen löste sich nur ein kleiner Teil des Sequesters, der übrige blieb fest. Gemeinsam ist beiden das Refraktärsein gegen die spezifische Therapie. Diese hat allerdings in der Darreichung von Quecksilber und Jod bestanden. In der Jetztzeit wäre eine energische Salvarsanbehandlung angezeigt. Doch ist es fraglich, ob bei derartig hochgradiger Knochennekrose Salvarsan noch etwas ausrichten könnte; ich (24) habe seinerzeit in der Leipziger medizinischen Gesellschaft einen Mann mit ausgedehnter Nekrose des Stirnbeins vorgestellt, bei dem Salvarsan keinerlei Änderung des Krankheitsbildes, keine Lockerung des Sequesters bewirkte. Zu versuchen wäre ein chirurgischer Eingriff. Wenn auch z. B. wegen Phosphornekrose beiderseitige Oberkieferresektionen vorgenommen werden und auch in allen Lehrbüchern die Entfernung der Sequester gefordert wird, habe ich dennoch nirgends eine Äußerung betreffs der Operation bei derartig hochgradigen Fällen

Digitized by Google

gefunden. Der einzige derartige Fall, der operativ angegangen wurde, ist der von Koch. Doch ging trotzdem die Nekrose weiter, und Patient starb 10 Wochen nach der Operation. Deshalb ist es nicht leicht, die Indikation zur Operation zu stellen. Bei beiden Patienten war die Oberkieferhöhle ergriffen, doch beim ersten sekundär, beim zweiten primär. Beide Male kam es zur Bildung eines eitrig-jauchigen Sekretes, doch wurde in keinem Falle, ebenso wie bei Koch, bei der Sektion ein Zeichen von Sepsis gefunden, obwohl das hohe Fieber daran denken lassen mußte. Natürlich kommt es bei dem Freiliegen der betroffenen Teile zu einer Sekundärinfektion und ich habe auch im zweiten Falle aus dem Sekrete Staphylococcus pyogenes aureus gezüchtet, doch muß aber mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, das der Grundprozeß der Zerstörung einzig auf die Lues bezogen werden muß. Beim zweiten Falle kam es zu hochgradiger Zerstörung der Wange; deshalb dachte Herr Geh.-Rat Prof. Marchand an eine nomaartige Erkrankung, doch ergaben die im pathologischen Institute angefertigten Präparate ein negatives Resultat. Bemerkenswert sind bei beiden Fällen die Veränderungen an der Zunge, zottenartige Wucherungen der Papillen. Offenbar handelt es sich um eine Reaktion auf den dauernden Reiz durch die ununterbrochene Berührung mit dem jauchigen Sekrete. Hervorzuheben ist auch die in beiden Fällen aufgetretene Schwerhörigkeit, da diese Komplikation der tertiären Lues wenig beachtet wird. Es kann sich um eine Verlegung des Tubenostiums durch eingetrocknetes Sekret oder Ödem der Pharynxwand oder wahrscheinlicher um eine spezifische Erkrankung um das Ostium handeln.

Literatur.

1. Evans, The causes of the localisation of gummata. Am. J. m. sc., 1896, Bd. 2. — 2. Zit. in 3, S. 125. — 3. Zuckerkandl, E., Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle, 1893, Bd. 2, S. 125—167. — 4. Neumann, J., Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide usw. Arch. f. Derm., 1885, Bd. 17, S. 209—241. — Über die klinischen und histologischen Veränderungen der luetisch erkrankten Tonsillen und Gaumenbogen. W. kl. W., 1891, Bd. 4, S. 917—919. — 5. Rille, Die Syphilis der Nase. Die Heilkunde, 1900, Bd. 4, H. 4. — 6. Moldenhauer, Krankheiten der Nasenhöhle. — 7. Mauriac, Leçons sur la syphilis tertiaire, S. 483. — 8. Schuster und Sänger, Beiträge zur Pathologie und Therapie der Nasensyphilis. Arch. f. Derm., 1878, Bd. 10, S. 211—258. — 9. Bernoud, De la syphilis tertiaire des fosses nasales. Paris 1899. — 10. Koch, Ein Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankung des Oberkiefers. Inaug.-Diss., Greifswald 1896. — 11. Combe, Syphilis, accidents tertiaires usw. Revue hebd. laryng., 1893, S. 712. — 12. Glück, Mitteilungen aus dem Landesspitale in Sarajevo (1894/96). — 13. Zit. in Neumann, Syphilis, 1899, S. 386. — 14. Lang, Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis, 1896, S. 347. — 15. Wechselmann und Marcuse, Über gangränezierende Prozesse. Derm. Zschr., 1908, Bd. 15, S. 433—443. — 16. Weber, Verletzungen und chirurgische

Digitized by Google

Krankheiten des Gesichts, in Pitha und Billroth, Handbuch d. allg. u. spez. Chirugie, Bd. 3. — 17. Zit. in Gerber, Spätformen hereditärer Syphilis, 1894. — 18. Fick, Beobachtungen über tertiäre Lues. Arch. f. Derm., 1903, Bd. 64, S. 61—90. — 19. Mounier, La syphilis nasale méconnue. Ref. Arch. f. Derm., 1900, Bd. 54, S. 462. — 20. Jambon, Des sinusites syphilitiques. Thèse de Bordeaux, 1905. — 21. Ardenne, Sinusite ethmoido-fronto-maxillaire et syphilis. Revue hebd. laryng., 25. Jahrg., Nr. 51. — 22. Ahrens, Über luetische Nekrose am Alveolarfortsatz des Kiefers. Inaug.-Diss., München 1906. — 23. Diskussion zu Lubet Barbon-Furet, Diagnostic de la sinusite maxillaire usw. Revue hebd. laryng., 1900, Bd. 2, S. 28. — 24. Frühwald, R., Demonstration in der Medizinischen Gesellschaft in Leipzig, 20. 12. 1910. M. m. W., 1911, S. 485.

Silbernitrat oder Silbereiweiß?

Eine therapeutische Frage.

Von

J. Schumacher, Berlin.

Lublinski (1) hält die Ersatzpräparate des Silbernitrats im allgemeinen für minderwertige Surrogate. Der Grund des Eifers der chemischen Fabriken, Ersatzpräparate des Silbers herzustellen, sei in der allgemein angenommenen Tatsache zu suchen, daß dem Silbernitrat infolge seiner eiweißkoagulierenden Eigenschaft die notwendige Tiefenwirkung abgehe, während die wäßrigen Lösungen der Ersatzpräparate, die Eiweiß nicht fällen, größere Tiefenwirkung und Reizlosigkeit besäßen. Ich kann Lublinski darin nur beipflichten, daß die erwähnte Ansicht überaus verbreitet ist.

Der Schmerz und der bittere unangenehme Geschmack des Silbernitrats hatten Lublinski veranlaßt, bei der Behandlung der Schleimhäute der oberen Wege sich des Protargols zu bedienen, mit dem Erfolg, daß er reumütig zum Silbernitrat zurückkehrte. Die Frage, was in dem Silbernitrat eigentlich wirkt, glaubt Lublinski so beantworten zu müssen, daß es das Silber allein nicht sein könne. Möglicherweise spiele seine Nitratkomponente ebenfalls eine Rolle. Er weist dabei auf die von Delióux beobachtete Tatsache hin, daß sich der von Silbernitrat in Eiweiß erzeugte Niederschlag durch Zusatz von Kochsalzlösung wieder löst, was übrigens schon längere Zeit bekannt ist. Ein kleiner zurückbleibender Bodensatz bestehe aus Chlorsilber.

Lublinski glaubt, daß dieser Prozeß in der Schleimhaut sich in ähnlicher Weise vollziehe, es bilde sich Chlorsilber, wodurch der erkrankten Schleimhaut Chlor entzogen werde, was eventuell therapeutisch von Bedeutung sei.

Digitized by Google

Außerdem sei die Tatsache, daß dieser Niederschlag eine Tiefenwirkung verhindere, bisher nicht nachgewiesen. Im Gegenteil, wenn man die vielfache Anwendung des „Silbersalpeters" in der experimentellen Pathologie sehe, um am lebenden Tier gerade die in der Tiefe sich abspielenden Vorgänge zur Darstellung zu bringen, und wenn man in der Histologie durch die Versilberung vieler Dinge, wie Saftkanäle des Bindegewebes, die Grenze des Schleimhautepithels und manches andere erst genau erkennen könne, sei es schwer, eine Tiefenwirkung auszuschließen.

Wie, sagt Lublinski weiter, sollte außerdem der Nachschmerz zu erklären sein, der kaum auftreten könnte, wenn der Niederschlag eine tiefere Einwirkung des Silbersalpeters verhinderte?

Ich möchte diese Gelegenheit benutzen, meinerseits die vortrefflichen klinischen Beobachtungen Lublinskis physikalisch-chemisch näher zu beleuchten.

Ich muß Lublinski völlig beipflichten, wenn er dem Argentum nitricum eine Tiefenwirkung nachrühmt, und bin mir wohl bewußt, daß ich mich damit ebenfalls in schroffem Gegensatz zu der herrschenden Ansicht befinde. Die klinischen Beobachtungen Lublinskis lassen sich jedoch physikalisch-chemisch ohne weiteres erklären. Welche chemischen Vorgänge vollziehen sich denn, wenn wir eine Argentum nitricum-Lösung beispielsweise in die Harnröhre injizieren? Der kleinste Teil des injizierten Silbernitrats setzt sich mit dem in der Harnröhre vorhandenen Urinrest zu unlöslichem Chlorsilber um, das zuerst in der Flüssigkeit suspendiert ist und der geringen Menge wegen auch lange Zeit suspendiert bleibt. Der größte Teil des Argentum nitricum kommt jedoch sofort mit der Schleimhaut in Berührung und erzeugt dort als an eiweißhaltiger Stelle ein Silberalbuminat, das Koagulum, das die Tiefenwirkung des Silbernitrats verhindern soll. Die in den Schleimhäuten vorhandene kochsalzhaltige Gewebsflüssigkeit sorgt jedoch dafür, daß dies koagulierte Silberalbuminat in kurzer Zeit zu dem leicht löslichen Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium gelöst wird, und da hierdurch das Koagulum, das die Tiefenwirkung verhindern soll, beseitigt ist, kann neues Argentum nitricum mit der Schleimhaut in Berührung treten, und der Prozeß wiederholt sich von neuem, da auch inzwischen das gebildete Doppelsalz durch den Säftestrom abgeführt wird.

In praxi kommt es bei Anwendung dünner Argentum nitricum-Lösungen überhaupt nicht zur Bildung von Silberalbuminat, das dann zum Doppelsalz gelöst würde. Hier entsteht vielmehr sofort das Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium, ohne daß es zur Bildung eines Koagulums kommt.

Digitized by Google

Von dieser Tatsache kann man sich ohne weiteres im Reagenzglas überzeugen, dessen Heranziehung zum Vergleich hier wohl berechtigt ist. Bringt man zu einer wäßrigen Eiweißlösnng beispielsweise einige Tropfen einer 1%igen Argentum nitricum-Lösung, bis ein dicker Niederschlag entstanden ist, so ist dieser sofort durch Kochsalzzusatz in Lösung zu bringen. Bringt man dagegen zu einer wäßrigen Eiweißlösung einige Tropfen einer 0,1%igen Argentum nitricum-Lösung, so wird man zuerst gar nichts bemerken, oder höchstens eine kleine weißliche Trübung, die sofort wieder verschwindet. Das ist auf einfache Weise zu erklären. Das durch das Argentum nitricum erzeugte Silberalbuminat wird sofort durch das in der wäßrigen Eiweißlösung vorhandene Kochsalz zum Doppelsalz gelöst, und erst wenn man mehr Argentum nitricum zusetzt, als das vorhandene Kochsalz in Doppelsalz überzuführen vermag, bekommt man auch mit einer 0,1%igen Argentum nitricum-Lösung einen Niederschlag, den man natürlich durch weiteres Kochsalz wieder lösen kann. Setzt man aber der Eiweißlösung beispielsweise vorher etwas Kochsalzlösung zu, im Verhältnisse, wie sie im Körper vorhanden sind, und bringt dann die 0,1%ige[1]) Argentum nitricum-Lösung hinzu, so kann man erhebliche Mengen Silbernitrat zuführen, ohne einen Niederschlag zu erhalten. Der Kochsalzgehalt der Gewebsflüssigkeit verhindert also bei Anwendung dünner Lösungen die Entstehung des Silberalbuminats. Gegenüber den Verhältnissen im Reagenzglas sind diese im Körper noch wesentlich günstigere durch den Säftestrom, der immer neue kochsalzhaltige Gewebsflüssigkeit zuführt.

Was geht aus diesen chemischen Betrachtungen hervor? Des ersteren, daß bei Anwendung dünner Argentum nitricum-Lösungen überhaupt kein Niederschlag von koaguliertem Eiweiß entsteht, der eine Tiefenwirkung zu verhindern imstande wäre. Bei stärkeren Konzentrationen entsteht allerdings Silberalbuminat, das aber durch das im Gewebe vorhandene Kochsalz allmählich ebenfalls zu dem leicht löslichen Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium gelöst und durch den Säftestrom fortgeführt wird.

Die Hauptsache aber ist die, daß uns bewußt wird, daß wir bei der Anwendung des Argentum nitricum auf den Schleimhäuten gar nicht mit diesem Präparat selbst therapeutisch arbeiten, sondern mit dem entstehenden Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium, das ja weiter nichts als ein organisches Silberpräparat ist, und als solches eine Tiefenwirkung haben muß und hat. Gerade die Tatsache, daß die eigentlich wirksame Substanz notgedrungen in den oberflächlichen Zellen entstehen muß und durch den Säftestrom weiter befördert wird, andererseits als nicht mehr eiweißfällende Substanz ebenfalls in die Tiefe dringen kann, gerade diese Tatsache läßt erkennen, daß dem Argentum nitricum sogar eine größere Tiefenwirkung als den organischen Silberpräparaten zukommt, deren Tiefenwirkung ja nur auf Diffusion oder Osmose beruhen kann.

So weit die Beweise. Die Tiefenwirkung des Argentum nitricum wird aber noch aus anderen Gründen wahrscheinlich größer sein.

---

[1]) Zu bemerken ist noch, daß wir ja meist noch verdünntere Lösungen anwenden als 1:1000.

Digitized by Google

Die in der Tiefe unterhalb der obersten Zellagen befindliche kochsalzhaltige Gewebsflüssigkeit wirkt eben von innen her auf das Silberalbuminat lösend, und dies muß daher notgedrungen durch Diffusion auch in die tiefer gelegenen Safträume und Interzellularräume gelangen. Dieser Vorgang ist vielleicht dem folgenden nicht ganz unähnlich. Wenn man auf eine Glasplatte getrennt einen Tropfen Wasser und einen Tropfen Tinte bringt und diese vom Wasser her durch einen Strich mit einer Nadelspitze verbindet, so wird auch durch Diffusion Tinte an Stellen hinkommen, wo gar keine hingebracht wurde.

Was den von Lublinski beobachteten Nachschmerz anlangt, der in der Urologie bei den relativ dünnen Lösungen des Argentum nitricum, die angewandt werden, nicht oder nur selten beobachtet wird, so findet dieser durch diese chemischen Betrachtungen ebenfalls seine Erklärung.

Zur Behandlung der Schleimhäute der oberen Wege werden meist konzentriertere Argentum nitricum-Lösungen verwendet. Es kommt hier dann zu einem Niederschlag von Silberalbuminat, der aber allmählich von der kochsalzhaltigen Gewebsflüssigkeit, wie wir gesehen haben, gelöst und fortgeführt wird. Das entstandene Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium dringt dann langsam weiter und wirkt auf die tiefliegenden Nervenelemente. Dadurch erklärt sich auch, daß der von Lublinski beobachtete Nachschmerz zeitlich später fällt als die erste Empfindung.

Man könnte aus den klinischen Beobachtungen schon ohne weiteres dem Doppelsalz-Silberalbuminatchlornatrium voraussagen, daß es desinfizierende Eigenschaften in hohem Grade besitzen muß. Das erhellt nicht nur aus einem Analogieschluß mit den übrigen Silbereiweißverbindungen, das beweist auch die Tatsache, daß bei Schwefelammoniumzusatz sich Schwefelsilber bildet. Denn dieses hat physikalisch-chemisch zur Voraussetzung, daß sich außer etwa vorhandenen therapeutisch unwirksamen komplexen Ionen freie Silberionen in der Flüssigkeit befinden müssen, an die die desinfektorische Kraft der Silberlösungen gebunden ist.

Wir haben hier nachgewiesen, daß wir bei der Anwendung des Argentum nitricum bei den Schleimhäuten gar nicht mit dem Präparat selbst arbeiten, sondern mit dem Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium.

Ich habe auf ähnliche Verhältnisse auch schon andererseits hingewiesen (2), daß wir beispielsweise gar nicht die Entwicklungshemmung durch das Goldchlorid prüfen, wenn wir dies einem gelatine- oder agarhaltigen Nährboden zuführen, sondern die Entwicklungshemmung durch das kolloidale Gold, da sich das Goldchlorid mit den Eiweißstoffen sofort zu Goldalbuminatchlornatrium wenigstens zum größten Teil umsetzt, welches dann spontan nach einiger Zeit kolloidales Gold in statu nascendi abscheidet.

Man wird sich nun fragen, weshalb müht sich die chemische Industrie mit allen möglichen neuen Synthesen ab, wenn der Körper selbst imstande

Digitized by Google

ist, aus dem Silbernitrat sich die wirksamste organische Silberverbindung, das Silberalbuminatchlornatrium, zu synthetisieren?

Obwohl Lublinski recht hat, daß dem Silbernitrat eine ausgesprochene Tiefenwirkung zukommt, und wir physikalisch-chemisch dasselbe nachweisen konnten, so werden in der Urologie wenigstens bei Anwendung von Silberpräparaten die organischen dennoch beibehalten werden müssen. Es läßt sich hier eben nicht das zweckmäßigste therapeutische Präparat in Anwendung bringen, da die Reizwirkungen auf die Schleimhaut seiner Anwendung ein Ziel setzen, eine Beobachtung, die ja von organischen Quecksilbereiweißverbindungen schon bekannt ist, und die ich ebenfalls bestätigt fand. Die starke Reizwirkung des Silberalbuminatchlornatriums verbietet eben gerade seine Anwendung bei stark entzündeten Schleimhäuten, und da diese Verbindung, auch wie wir gesehen haben, in der Tiefe bei Anwendung von Argentum nitricum entsteht, so müssen wir auch dieses aus den eben erörterten Gründen zum Gebrauch bei entzündeter Urethralschleimhaut für kontraindiziert halten.

Wir kommen hier auf Grund unserer Betrachtungen zu Forderungen, die längst von anderer Seite erörtert worden sind.

So schreibt Wossidlo (3): Mit den von Neisser wiederholt empfohlenen frühzeitigen Spülungen der Harnröhre mit Lösungen von Argentum nitricum 1:3000—1:1000 hat weder Finger noch Jadassohn gute Resultate erzielt. Ersterer gibt an, daß er stets wegen der heftigen Schmerzen, des Ödems der Glans und des Präputiums und der danach auftretenden sanguinolenten Sekretion zum Aufgeben der Versuche gezwungen war.

Die Abortivbehandlung mit Argentum nitricum hat sich deshalb nur wenig Eingang verschaffen können.

Über die Einwirkung der Silbersalze auf die Urethralschleimhaut wurden von Casper, Calderone, Aisinmann, Lohnstein und Wildbolz Versuche an Tieren angestellt. Während Casper sich indessen nur mit der Wirkung des Argentum nitricum befaßte, haben die übrigen der genannten Autoren auch die organischen Silbersalze geprüft, am eingehendsten Lohnstein und Wildbolz. Nach den Untersuchungen beider müßte dem Argentum nitricum eine größere Tiefenwirkung zugeschrieben werden als den organischen Silbersalzen, speziell dem Protargol.

Als Beweis für die Tiefenwirkung der neueren Silbersalze und für die Werte der einzelnen Präparate gegeneinander werden die Ergebnisse folgender Versuche angeführt.

Schäffer legte gleichgroße, würfelförmige Stücke einer Kaninchenleber in eine Argentum nitricum-Lösung (1:2000) und in eine Argentamin-

Digitized by Google

lösung von gleichem Silbergehalt und ließ sie zehn Stunden darin. Danach brachte er die Leberstückchen in eine verdünnte Lösung von Schwefelammonium. Überall, wo die Silberlösungen eingedrungen waren, entstand ein schwarzbrauner Niederschlag. Die Tiefe des letzteren war bei Argentamin dreimal so groß wie bei Argentum nitricum. Wurden stärkere (1—2 %ige) Lösungen genommen, dann war der Unterschied noch größer, indem der schwarzbraune Saum des Argentamin denjenigen des Argentum nitricum an Tiefe um das Fünffache übertraf.

Pezzoli bestimmte in gleicher Weise an Stücken von Menschenleber die Dicke des Imbibitionssaumes von Argentum nitricum, Argentamin, Protargol und Largin und fand dabei folgende Dickenverhältnisse des Imbibitionssaumes: bei Argentamin 100 mm, bei Argentum nitricum 66 mm, bei Largin 55 mm, bei Protargol 38 mm.

Benario untersuchte die Tiefenwirkung des Protargols. Er infizierte horizontal erstarrte Agarröhrchen mit Stichkulturen, überschichtete sofort nach Anlegung des Stiches mit 0,5 %iger Protargollösung und brachte die Röhrchen in den Brutschrank. Am nächsten Tage konnte er beobachten, daß der Stich sich erst 12—13 mm unter der horizontalen Agaroberfläche entwickelt hatte. Die Protargollösung war also so tief in die Agarsäule eingedrungen, daß erst unterhalb dieses Zwischenraumes ein Wachstum sich vollziehen konnte.

Pezzoli stellte folgende Versuche an, die später von Kamen wiederholt wurden:

Gleiche Röhrchen wurden bis zur Höhe von 5 cm mit Gelatine gefüllt, mit je einem Tropfen Bouillonkultur von Bacterium coli geimpft, dieser darin durch Schütteln gleichmäßig verteilt und die Gelatine zum Erstarren gebracht. Sodann wurden auf die erstarrte Gelatine verschiedene Silberlösungen bis zur Höhe von 12 cm aufgegossen und die Röhrchen im Dunkeln bei Zimmertemperatur aufbewahrt. Bei der Revision der Röhrchen nach 3—4 Tagen fand sich, daß das Wachstum in der Gelatine von der Berührungsfläche mit der Silberlösung nach abwärts bis zu einer gewissen Tiefe ausgeblieben war. Die sterile Zone hatte bei den verschiedenen Mitteln folgende Höhe: Argentamin 16 mm, Argentum nitricum 4 mm, Largin 10 mm, Protargol 5 mm.

Aus den Resultaten dieser Versuche wurde nun ohne weiteres auf eine gleiche Tiefenwirkung der Silbersalze auf der Urethralschleimhaut geschlossen. Auf das Unstatthafte einer solchen Schlußfolgerung ist von den verschiedensten Autoren aufmerksam gemacht worden.

Die Untersuchungen Schäffers sind einwandfrei, und es liegt kein Grund vor, zu bezweifeln, daß die Tiefenwirkungen des Argentamin drei-

Digitized by Google

mal so groß sind, wie die des Argentum nitricum in seinen angestellten Versuchen. Aber er experimentierte ja mit totem Material. Das Argentum nitricum dringt hierbei überhaupt nur deshalb ein, weil ein Teil des gebildeten Silberalbuminats durch das in den Gewebsstückchen vorhandene Kochsalz gelöst wird. Ist dieser Kochsalzgehalt verbraucht, dann setzt das entstehende Silberalbuminat jedem weiteren Vordringen des Argentum nitricum ein Ziel. Im Körper ist dieses aber völlig anders. Hier herrscht ein dauernder Saftaustausch zwischen den Geweben. Vorhandenes Silberalbuminat wird, wie wir gesehen haben, durch das in den Geweben vorhandene Kochsalz in das leichtlösliche Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium übergeführt, das nicht mehr eiweißfällend wirkt. Neu eindringendes Argentum nitricum wird auf dieselbe Weise verarbeitet und wird nach dieser Verarbeitung als nicht mehr eiweißfällendes Doppelsalz fortgeführt oder kann in die Tiefe dringen, da ihm ja nicht ein unlöslicher Panzer, wie in den Versuchen Schäffers, durch das unlösliche koagulierte Silberalbuminat im Wege steht.

Die Versuche Schäffers stimmen daher für Untersuchungen am toten Objekt, im Körper sind die Verhältnisse aber in Wirklichkeit anders. Auch wenn Schäffer in seinen Leberstückchen den Kochsalzgehalt auf irgend eine Weise vor dem Einbetten vermehren könnte, so würde hier immer noch der Säftestrom, dessen Bedeutung im Gewebe wir kennen gelernt haben, fehlen.

Aus demselben Grunde können auch die Versuche Pezzolis nicht beweisen, daß die Tiefenwirkung der organischen Silberpräparate die des Argentum nitricum übertrifft. Aus denselben Gründen sind auch die Versuche von Benario und Kamen nicht beweisend.

Zusammenfassung.

Die klinischen Beobachtungen Lublinskis machten es wahrscheinlich, daß dem Silbernitrat ebenso wie den organischen Silberpräparaten eine Tiefenwirkung zukommt. Nach unseren Untersuchungen müssen wir dem Silbernitrat unbedingt eine Tiefenwirkung zusprechen, die durch das in der Schleimhaut entstehende, als organische Silberverbindung nicht mehr eiweißfällende Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium bedingt ist.

Die Tiefenwirkung erscheint aus physikalisch-chemischen Gründen sogar noch größer zu sein als bei den fabrikmäßig hergestellten organischen Silberpräparaten. Das beweisen geradezu die Beobachtungen Lublinskis und die Untersuchungen von Lohnstein und Wildbolz.

Ein unlösliches Präzipitat (Silberalbuminat), das die Tiefenwirkung verhindern könnte, kann bei Anwendung dünner Argentum nitricum-

Digitized by Google

Lösungen aus chemischen Gründen überhaupt nicht entstehen, bei Anwendung stärkerer Argentum nitricum-Lösungen wird das entstandene unlösliche Silberalbuminat alsbald durch die kochsalzhaltigen Gewebsflüssigkeiten zu dem leichtlöslichen Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium gelöst, welcher Vorgang durch den Säftestrom im Gewebe noch wesentlich beschleunigt wird.

Literatur.

1. Lublinski, Silbernitrat oder Silbereiweiß. B. kl. W., 1914, Nr. 38. — 2. Schumacher, J., Kritische chemisch-pharmakologische Betrachtungen über den Wert des Kalium aurum cyanatum für die Chemotherapie der Tuberkulose. — 3. Wossidlo, Die Gonorrhoe des Mannes. Zweite Auflage.

Die Wirkung des Höllensteins.

Von

P. G. Unna.

I.

In der vorhergehenden Arbeit versucht Schumacher, die Praxis und Theorie der Höllensteinanwendung, die im Laufe der Jahre etwas unstimmig geworden waren, durch Hervorhebung einer meist übersehenen, aber höchst beachtenswerten, vor langer Zeit von Delioux zuerst gefundenen Tatsache wieder in Einklang zu bringen.

Die ansehnliche Reihe neuer Silberpräparate, die wir größtenteils den Bemühungen der Neisserschen Schule um die Gonorrhoebehandlung verdanken, traten mit dem Anspruch auf, Ersatzpräparate des Höllensteins zu sein, deren Vorzug in erster Linie darin bestehe, daß sie vom Eiweiß der Gewebe nicht gefällt würden wie dieser. Deswegen — so wurde allgemein geschlossen — komme diesen Silberverbindungen im Gegensatz zum Höllenstein eine — eigentlich beliebig große — Tiefenwirkung zu. So weit die Theorie. Die Praxis begrüßte einige der neuen Silbermittel, vor allem das Protargol, mit Freuden, gab aber deswegen durchaus nicht etwa den Höllenstein bei Behandlung derselben Affektionen auf. Ja, mir will scheinen, daß man allmählich immer mehr und zwar dann zum Höllenstein zurückkehrte, wenn man sehr sichere und energische Wirkungen mit einem Silberpräparat erzielen wollte.

Lublinski hat dieser offenbar von vielen älteren Praktikern geteilten Ansicht vor kurzem einen weithin beachteten Ausdruck verliehen. Man könnte aber noch weiter gehen und sich fragen, wie denn eine Theorie, welche die Lokalwirkung eines Silberpräparats lediglich von

Digitized by Google

seiner eiweißfällenden Wirkung abhängig macht, überhaupt Wurzel fassen konnte, da ja doch die innere Darreichung des Höllensteins mit ihrer Allgemeinwirkung der Argyrie jedem Dermatologen genugsam bekannt ist. Wenn es im Darmkanal außer zu einer Lokalwirkung sicher zu einer Allgemeinwirkung kommt, so ist ja nichts sicherer als daß es eine „Tiefenwirkung" des Höllensteins bei seiner Applikation auf Schleimhäute gibt.

Schumacher macht nun darauf aufmerksam, daß die Fällbarkeit des Eiweißes durch Höllenstein von dessen Kochsalzgehalt abhängig ist. Dieser Satz ist zweifellos richtig; der entsprechende Grundversuch ist leicht anzustellen und hat immer das gleiche Resultat.

Gibt man zu einer geschüttelten und klar filtrierten 10 % igen Lösung von Hühnereiweiß, die sich in einem Becherglase befindet, tropfenweise eine ganz schwache, etwa 0,1 % ige Höllensteinlösung, so löst sich bei den ersten vier oder fünf Tropfen die entstehende Trübung sofort wieder auf. Erst die nächsten Tropfen erzeugen einen bleibenden Niederschlag. Dieser löst sich aber auch auf, wenn man einige Tropfen einer 1 % igen Kochsalzlösung zugibt.

Bei Gegenwart von einer bestimmten Kochsalzmenge ist mithin der Höllenstein-Eiweiß-Niederschlag wasserlöslich. Bedenkt man aber weiter, daß gerade Kochsalz sonst — bei Abwesenheit von Eiweiß — das sicherste Fällungsmittel für Höllenstein ist, so ergibt sich die geradezu paradoxe Tatsache, daß die Gegenwart von Eiweiß die Fällung der Höllensteinlösung durch Kochsalz — unter Einhaltung bestimmter Mengenverhältnisse — verhindert.

Beide Sätze kann man in den einen Satz zusammenfassen, der eine einfache Konsequenz des Delioux-Schumacherschen Versuches ist: es gibt eine wasserlösliche Tripelverbindung von Silbersalpeter, Kochsalz und Eiweiß, in welcher die Neigung zu partiellen Niederschlägen zwischen Silbersalpeter und Eiweiß einerseits, Silbersalpeter und Kochsalz andererseits aufgehoben ist.

Fragen wir uns nach der Wirkung dieser Tripelverbindung, so kann wohl darüber kein Zweifel bestehen, daß sie so wenig wie andere Silberverbindungen außer dem Höllenstein irgend eine der klassischen Tiefenwirkungen des letzteren (Granulationsförderung, Desinfektion, Ätzung) besitzt. Wir hätten sie sonst sicher längst dem Höllenstein substituiert. Aber es ist in hohem Grade wahrscheinlich, daß sie diejenige wasserlösliche Form darstellt, unter welcher bei fortgesetzter innerer Darreichung das Silber auf dem Blutwege in die Haut und in alle inneren Organe gelangt (Argyrie) und in diesen in Gestalt von schwarzen Körnchen abgeschieden wird.

Digitized by Google

Es ist ja auch gar nicht die Ansicht Schumachers, daß diese Verbindung der Träger der Höllensteinwirkung ist, sondern daß sie nur dazu dient, die Bildung eines festen Silberalbuminats zu verhindern und den Weg in die Tiefe für weitere Höllensteinwirkungen freizumachen.

Faßt man das Gewebe genauer ins Auge, wie es sich bei Annahme dieser Theorie gegenüber dem Höllenstein verhält, so wird unter dem Einfluß des Kochsalzes der Lymphe das sich bildende oder schon gebildete Albuminat in den mit Höllenstein geätzten Zellagen wieder aufgelöst und abgeführt. Ist die Stärke des Höllensteins nicht genügend, um diese Zellenlagen zur Nekrose und zur Abstoßung zu bringen, so würde also die weitere Wirkung in einer Herauslösung einer bestimmten, mit dem Höllenstein in Reaktion getretenen Eiweißmenge aus den Zellen bestehen, die resorbiert und fortgeführt wird. Eine zweite Höllensteinapplikation am selben Ort würde dann tiefer eindringen und eine neue Gewebsschicht versilbern können, weil sie in der obersten Schicht nicht mehr genügendes Eiweiß zur Albuminatbildung vorfindet. Durch mehrfache Wiederholung der Höllensteinauftragung mit sekundärer Abfuhr der Tripelverbindung und Enteiweißung einer neuen Schicht des Gewebes käme somit ein schichtweises Vordringen des Mittels in die Tiefe zustande.

Dieses wäre wohl der Mechanismus einer allerdings nur stufenweise tiefer dringenden Höllensteinwirkung, wie wir ihn uns auf Grund der Schumacherschen Theorie vorzustellen haben.

Die Grenzen, innerhalb welcher das Delioux-Schumachersche Phänomen auftritt, lassen sich durch Fortsetzung desselben Versuches erforschen.

Tropft man zu der oben angegebenen Mischung weiter Höllensteinlösung hinzu, so entsteht wieder eine Fällung, welche durch Zusatz einiger Tropfen Kochsalzlösung aufgehoben wird. Dieses Spiel kann öfters wiederholt werden, vorausgesetzt, daß von Anfang an sehr viel Eiweiß vorhanden war. Jedoch kommt bald ein Punkt, an dem statt einer Lösung eine dichte Fällung von Chlorsilber auftritt. Dann ist offenbar die Eiweißmenge verbraucht, welche zur Bildung der löslichen Tripelverbindung nötig ist. Offenbar setzt der Versuch ein bestimmtes stöchiometrisches Verhältnis zwischen den drei Komponenten voraus, welches noch genauer zu erforschen wäre; so viel scheint aus den bisherigen Versuchen hervorzugehen, daß eine sehr geringe Menge Silbersalpeter neben viel bedeutenderen Mengen Eiweiß und Kochsalz dazu gehört.

Die wichtigste Frage, ob derartige Verhältnisse im lebenden Körper vorhanden sein können, muß wohl bejaht werden, denn hier entspricht gewöhnlich einem einmaligen Angriff des Silbersalpeters eine längere Be-

Digitized by Google

spülung des behandelten Gewebes mit Lymphe, d. h. mit Kochsalz und Eiweiß. Die hauptsächlichsten Voraussetzungen für die Lösung des Silberalbuminates sind mithin im lebenden Körper gegeben. Von diesem Gesichtspunkt aus ist die Schumacherssche Theorie durchaus haltbar.

Findet nun aber tatsächlich die Bildung einer solchen kochsalzlöslichen Verbindung des Höllensteins mit dem Gewebeeiweiß statt?

Man sollte denken, daß Versuche an Gewebsschnitten hierüber Aufschluß geben könnten. Ich stellte solche mit Schnitten der Rattenlippe an und zwar sowohl mit Gefrierschnitten wie mit Alkohol-Zelloidinschnitten, die sich übrigens vollkommen analog verhielten. Als Kochsalzlösung benutzte ich zunächst eine konzentrierte, aus dem einfachen Grunde, weil eine 1% ige oder physiologische Kochsalzlösung selbst einen Teil des Zelleiweißes, die Zytose, auszieht, während diese in konzentrierter Kochsalzlösung dem Gewebe erhalten bleibt. Die Schnitte kommen etwa $^1/_2$ Stunde lang in eine einprozentige Lösung von Argentum nitricum in destilliertem Wasser bei Lichtabschluß. Darauf werden sie, am besten in einem Trichter, mit destilliertem Wasser im Dunkeln gut ausgewaschen, um jede Spur freien Höllensteins zu entfernen. Ein Teil der Schnitte wird darauf in ein Schälchen mit konzentrierter Kochsalzlösung, ein anderer in eins mit destilliertem Wasser gebracht und beide Schälchen bleiben sechs Stunden bei 37° im Brutofen. Man überträgt dann von jedem Schälchen zur Reduktion der Silberverbindung einige Schnitte in eine konzentrierte Lösung von Natriumhydrosulfit (etwa 10%). Die Schnitte, welche nur in destilliertem Wasser aufbewahrt waren, zeigen sofort eine dunkle Silberfärbung, welche unter dem Mikroskop je nach den Gewebselementen vom Gelb und Rot durch Braun ins Schwarze spielt (Silberalbuminatfarbe), während bei Einhaltung obiger Kautelen (destilliertes Wasser, Lichtabschluß) die bekannten Wolken der freiliegenden, schwarzen Silberkörnchen fehlen. Die Schnitte andererseits, welche in der Kochsalzlösung gelegen hatten, sind vollkommen farblos und silberfrei. Das im Gewebe erzeugte Silberalbuminat ist also tatsächlich in starker Kochsalzlösung löslich.

Sehr überrascht war ich aber, als die erst versilberten und dann durch Kochsalz entsilberten Schnitte bei nun folgender Färbung mit unseren charakteristischen Eiweißfärbern (Hämatein + Alaun, Pappenheim-Unna) die erwartete Abnahme an Färbekraft gar nicht zeigten. Denn ein erheblicher Verlust an Eiweiß, wie wir ihn an Schnitten ja mittels Kochsalz oder Salzsäure leicht hervorrufen können, prägt sich stets bei derartigen Nachfärbungen durch die schwächere Tingibilität irgend eines bestimmten Gewebsbestandteiles deutlich aus. Auch in bezug

Digitized by Google

auf diesen Punkt verhielten sich Gefrierschnitte und Alkohol-Zelloidinschnitte vollkommen gleich. Die Färbung der Schnitte zeichnete sich sogar durch die Frische und Tiefe der Farben aus, was bei dem Ausbleiben eines Eiweißverlustes und der hinzukommenden oxydativen Wirkung des Höllensteins (analog der Wirkung der Salpetersäure) wohl zu verstehen war. Sicher fehlt in solchen versilberten Schnitten weder Zytose, noch basophiles und oxyphiles Nuklein, weder die oxyphilen Substanzen des Protoplasmas, noch dessen Spongioplasma in nachweisbarem Grade. Aber ein geringer und ganz bestimmter Unterschied zwischen der Färbung der nicht versilberten Schnitte einerseits, der versilberten und entsilberten Schnitte andererseits besteht doch. Die letzteren sind klarer, durchsichtiger, alle Konturen treten schärfer und stärker hervor, alle sonst bestehenden, verwaschenen Konturen und Mitteltöne fehlen. Daß wirklich eine besondere Substanz durch sukzessive Behandlung der Schnitte mit Silbernitrat und Kochsalz aus denselben ausgezogen wird, ergibt sich aus der Tatsache, daß nach dieser Behandlung eine zweite durch Natriumhydrosulfit nachweisbare Versilberung in der Regel nicht gelingt oder falls eine solche in stark silberliebenden Geweben (z. B. Mauslippe) noch einmal in schwächerem Grade eintritt, sie durch eine zweite oder eventuell dritte Behandlung vollkommen erlischt, obwohl die bekannten Eiweißfärbungen der Schnitte (auf Zytose, Globulin, Nuklein, oxyphiles Chromatin usw.) noch prächtig gelingen.

Es wird also sicher etwas bei der Entfernung des Silbers aus dem Gewebe mit ausgezogen; es ist nur schwer zu sagen: was. Es entspricht nicht einem der bekannten, tingibeln Gewebselemente, sondern eher einem Bestandteil, welcher in der Norm die präzise, scharfe Färbung aller Bestandteile erschwert, selbst aber nicht spezifisch färbbar ist.

Der glückliche Umstand, daß die konzentrierte Kochsalzlösung einerseits das Silberalbuminat löst, andererseits den ubiquitären löslichen Bestandteil des Protoplasmas, die Zytose, nicht löst, gibt der Möglichkeit Raum, das noch unbekannte eiweißartige Element als Silber-Kochsalz-Albuminat im großen zu gewinnen, ohne daß dasselbe mit der Zytose verunreinigt sein kann, welche nur in schwache (physiologische) Kochsalzlösung übergehen würde.

Andererseits aber gelingt es vielleicht auch, diesen Eiweißbestandteil ohne stärkere Verunreinigung direkt durch Wasser dem Gewebe zu entziehen und ihn dann daraufhin zu prüfen, ob er die Delioux-Schumacherschen Reaktion mit Silbernitrat und Kochsalz ebenso gibt wie Hühnereiweiß.

In Verfolgung dieser Versuche werden wir natürlich auch versuchen, über die sonstigen Eigenschaften des betreffenden, silberliebenden Eiweißes der Gewebe Klarheit zu gewinnen.

Digitized by Google

Ich habe diese Versuche der leichten Bearbeitung wegen an Lebergewebe durchgeführt.

Untersuchung des Lebergewebes auf argentophiles Eiweiß.

Eine Schweineleber wurde durch Durchspülen mit Leitungswasser vollkommen entblutet, das ganz blasse Organ durch Schaben in einen Zellenbrei verwandelt und dieser durch ein grobes Haarsieb gepreßt. Dabei wurden 50 g Leberbrei gewonnen und in zwei gleiche Portionen geteilt. Die Hälfte wurde mit 50 ccm destillierten Wassers, die andere Hälfte mit 50 ccm einer 1 %igen Lösung von Silbernitrat versetzt und dann beide filtriert, und zwar in der Kälte, um möglichst wenig Zytose zu lösen, und im Dunkeln, um das Silber nicht zu reduzieren. Der Inhalt beider Gefäße, zum besseren Filtrieren mit 10 % Kieselgur versetzt, wurde vor dem Filtrieren gut durchgeschüttelt. Die Mischung von Leberbrei mit Wasser filtrierte sehr langsam, die mit Silbernitrat viel rascher wegen der Fällung des Eiweißes.

A. Wassermischung.

Von dieser hatte nur das Filtrat Interesse, welches die an destilliertes Wasser abgegebenen Eiweißkörper des Leberbreis enthalten mußte.

Eine Probe des Filtrats ergab nach Sättigung mit Kochsalz eine geringe Fällung von Globulin.

Eine zweite Probe wurde mit Ammonsulfat halbgesättigt; auch hier entstand eine geringe Fällung, die nur auf Globulin bezogen werden konnte.

In derselben Probe wurde durch weiteres Hinzufügen von Ammonsulfat bis zur Ganzsättigung ein sehr reichlicher Niederschlag erzeugt, der jedenfalls der Hauptsache nach Albumin darstellte.

Eine dritte Probe wurde erst gekocht und von der in reicher Menge entstandenen Fällung genuiner Eiweiße (Albumin und Globulin) durch Filtration befreit. Das klare Filtrat gab nach Sättigung mit Ammonsulfat nunmehr nur noch eine schwache Trübung, die nur aus Albumosen bestehen konnte, da sie durch Hitze nicht gerann. Außerdem gab das Filtrat die für Albumosen charakteristische violette Nüance der Biuretreaktion.

Demnach enthielt der wässerige Auszug des Leberbreis neben Spuren von Albumosen viel Albumin und wenig Globulin.

Derselbe reagierte äußerst schwach sauer, fast neutral. Die Trübung beim allmählichen Erhitzen begann bei 65°, eine eigentliche Gerinnung erst bei 80°; sie war erst bei 100° vollständig.

Da der Hauptbestandteil des wässerigen Leberextraktes sich als

Digitized by Google

Albumin erwiesen hatte, so mußte speziell die rein gewonnene Albuminlösung jetzt auf ihr Verhalten zum Silbernitrat geprüft werden.

Die zu erwartende Fällung derselben durch Argentum nitricum zeigte sich indessen nicht, was aber bei der gleichzeitigen Anwesenheit einer großen Menge Kochsalz erklärlich war. Das Filtrat wurde daher der Dialyse unterworfen und in der Tat zeigte das Dialysat nach der Entfernung des Kochsalzes eine ziemlich starke Fällung durch Silbernitrat.

Zur mikroskopischen Prüfung der Färbbarkeit der verschiedenen Eiweiße verwandte ich folgende Niederschläge, die aus dem klaren Filtrat der gemeinsamen Wassermischung erhalten wurden.

Zehn Kubikzentimeter desselben, mit Kochsalz übersättigt, lieferten eine starke und leicht abfiltrierbare Trübung von Globulin, die auf dem Filter mit konzentrierter Kochsalzlösung gewaschen und dann auf Objektträger gestrichen und angetrocknet wurde.

Das albuminhaltige Filtrat wurde sodann gekocht, das Koagulum abfiltriert, mit Wasser gewaschen, um es von Albumosen zu befreien, und das so erhaltene Albumin auf Objektträger ausgestrichen und getrocknet.

Das Filtrat aus dem letzteren Prozeß endlich wurde zur Fällung der Albumosen mit Ammonsulfat gesättigt, die entstandene schwache Trübung durch Zentrifugieren gesammelt und — allerdings mit Ammonsulfat verunreinigt — auf Objektträgern angetrocknet. Da die Albumosen dabei stärker am Glase haften als die entstehenden Ammonsulfatkristalle, gelingt es mit einiger Vorsicht, durch Abspülen mit Wasser ein nahezu salzfreies Albumosepräparat zu gewinnen.

Die färberische Analyse der so gewonnenen Ausstrichpräparate hatte besonders auf drei Fragen Rücksicht zu nehmen, auf saure und alkalische Reaktion, auf Sauerstoffgehalt und Reduktionswirkung und auf die Affinität zum Silber. Die folgende Tabelle gibt sowohl hierüber Aufschluß[1]) wie auch über das Vorhandensein von Zytose, Nuklein, Globulin und oxyphiler Zellsubstanz.

	Kalipermanganat	Rongalitweiß	Methylenblau	Pyronin + Methylgrün	Eosin	Hämatein + Alaun	Arg. nitr., Natriumhydrosulfit	Arg. nitr., NaCl., Natriumhydrosulfit
Albumin . .	++	0	s. schwach	0	stark	0	+	0
Globulin . .	++	0	spurweise	0	schwach	0	fast 0	0
Albumosen .	+	0	0	0	0	0	0	0

[1]) ++ bedeutet starke, + schwache, 0 mangelnde Reaktion.

Digitized by Google

Das wichtigste Resultat der Tabelle ist die positive Reaktion mit Kalipermanganat; alle drei Eiweiße reduzieren und wie die folgende Spalte zeigt, ist keins imstande, Rongalitweiß zu bläuen, d. h. zu oxydieren. Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist die mangelnde Färbbarkeit für basische Farbstoffe (Methylenblau, Methylgrün, Pyronin). Dagegen haftet die saure Farbe Eosin stark am Albumin, viel schwächer am Globulin. Damit ist ausgeschlossen, daß es sich bei dem Eiweiß dieses wässerigen Leberextraktes um die bekannten sauren Zelleiweiße: Zytose, Nuklein oder das Globulin der Kernkörperchen handelt. Das Vorhandensein von oxyphilen (basischen) Zellsubstanzen andererseits wird durch die mangelnde Affinität zum Hämatein + Alaun ebenfalls ausgeschlossen. Interessant ist ferner die Tatsache, daß eigentlich nur das Albumin eine merkliche Verwandtschaft zum Silbernitrat erkennen läßt und daß die Verbindung beider (siehe letzte Spalte) sich in NaCl-Lösung auflöst.

Fassen wir das Resultat dieser Farbenanalyse des Wasserextraktes zusammen, so handelt es sich um nicht tingible, also tinktoriell völlig neutrale, aber reduzierende Eiweiße. Hier haben wir also in positivem Sinne die Bestätigung der oben erwiesenen negativen Tatsache, daß es wasserlösliche Eiweiße im Gewebe gibt, die zu reduzieren vermögen, aber keinem der bekannten tingibeln Zelleiweiße entsprechen. Es fragt sich nun, ob diese so charakterisierten Eiweiße dieselben sind, welche durch Silbersalpeter dem Gewebe entzogen werden. Zu diesem Zwecke versuchte ich, den Eiweißgehalt der Silbermischung näher zu bestimmen.

B. Silbermischung.

Von der Mischung von Leberbrei mit Silbernitrat interessierte hauptsächlich der bei der Filtration übrigbleibende, silber- und eiweißhaltige Rückstand, da das Filtrat, wie die darauf gerichtete Untersuchung zeigte, lediglich etwas überschüssiges Silbernitrat, dagegen kein Eiweiß enthielt. Alles Eiweiß war somit auf dem Filter zurückgeblieben. Dieser Rückstand mußte nun sehr sorgfältig im Dunkeln mit destilliertem Wasser ausgewaschen werden, um jede Spur freien Silbernitrats zu beseitigen. Es galt sodann, das Silberalbuminat des Leberbreis mittels Kochsalz in Lösung zu bringen. Demgemäß kam die ganze ausgewaschene Masse in konzentrierte Kochsalzlösung, wo sie mehrere Stunden unter häufigem Durchschütteln verblieb, dann wurde filtriert.

Eine Probe des klaren Filtrats ergab sowohl bei Zusatz von Salpetersäure wie bei Kochen einen geringen Niederschlag; es war also tatsächlich durch das Kochsalz etwas Silberalbuminat gelöst worden und weiter sowohl durch Kochen wie durch Salpetersäure gespalten.

Digitized by Google

In eine andere Probe wurde Schwefelwasserstoff eingeleitet. Es zeigte sich zunächst keine Fällung von Schwefelsilber, sondern nur eine äußerst schwache Dunkelfärbung. Wenn man jedoch eine andere Probe erst kochte, filtrierte und in das Filtrat H_2S einleitete, so war die durch Schwefelsilber entstehende Verdunkelung stärker, zum Zeichen, daß durch das Kochen eine Abspaltung des Silbers vom Eiweiß stattgefunden hatte. Immerhin kam es nicht zu einem wirklichen Schwefelsilberniederschlag. Möglicherweise verhinderte die Anwesenheit von viel Kochsalz die Eiweiß- und Silberreaktionen. Es schien daher geraten, das Kochsalz durch Dialyse vor diesem Versuche zu entfernen. Aber bei diesem Versuche stellte sich die bemerkenswerte Tatsache heraus, daß das Kochsalz aus dieser Tripelverbindung durch Dialyse nicht zu entfernen war, wie es doch bei einfachen Lösungen von Eiweiß in Kochsalz der Fall ist. Denn das Dialysat enthielt auch nach mehrtägigem Dialysieren noch erhebliche Kochsalzmengen. Offenbar bildet der Kochsalz + Silber + Eiweiß-Komplex eine sehr feste und schwer zu trennende Verbindung, aus der das Kochsalz nicht herauszudialysieren ist.

Daß im Dialysat sich wirklich Kochsalz befand, wurde dadurch nachgewiesen, daß ein Teil desselben nach Eindampfung, Veraschung und Wiederauflösung des Rückstandes eine starke Fällung von Chlorsilber mit Silbernitrat ergab.

Zur Farbenanalyse diente jenes Eiweißkoagulum, welches durch Kochen des Kochsalzextraktes aus dem Silbergemisch gewonnen war; hierzu wurde es auf Objektträger ausgestrichen, getrocknet und gefärbt. Die Präparate lieferten ein klares Ergebnis, welches mit dem der Farbenanalyse des Wasserauszugs vollkommen übereinstimmte. Die Eiweißsubstanz reduzierte Kalipermanganat, bläute Rongalitweiß nicht, färbte sich stark nur mit Eosin, sehr schwach mit Methylenblau, mit den übrigen basischen Farben (Pyronin, Methylgrün) gar nicht, ebensowenig mit Hämatein + Alaun. Bei der Behandlung mit Silbernitrat und Natriumhydrosulfit gab das Albumin eine starke, das Globulin eine schwache Schwarzfärbung, welche ausblieben, wenn die Präparate nach dem Silbernitrat mit Kochsalz behandelt wurden.

Die durch Wasser und durch Silbernitrat aus der Leber ausgezogenen Eiweiße sind mithin identisch. Ihr Hauptbestandteil ist ein basisch reagierendes (eosinophiles) Albumin, welches Kalipermanganat reduziert und starke Verwandtschaft zum Silbernitrat besitzt. Die Silberverbindung ist in noch genauer zu bestimmenden Verhältnissen in Kochsalzlösung löslich und kann in dieser löslichen Form dem Gewebe entzogen werden. Das Gewebe zeigt nach dem so herbeigeführten Verlust an Albumin noch seine sämtlichen spezifisch tingiblen Zellsubstanzen (Zytose,

Digitized by Google

Nuklein, Kernkörperchenglobulin, oxyphile Substanzen des Protoplasmas und Kernes, Spongioplasma). Es ist auch in seiner Struktur noch wohlerhalten. Folglich bildet das wasserlösliche Albumin in den Zellen und Interzellularsubstanzen keine eigenen morphologischen Strukturen, sondern nur eine von diesen Strukturen eingeschlossene Zellflüssigkeit.

(Fortsetzung folgt.)

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Zentralblatt.

1914, 18. Jahrgang, Nr. 1.

Über Embarin, von Wilhelm Lier-Wien. Der Verfasser teilt mit, daß an der Ehrmannschen Klinik bei der Abortivbehandlung der Lues außer Salvarsan im Anfang lösliche Hg-Präparate, später unlösliche verwendet werden. Als lösliches Präparat hat sich das Embarin (Heyden) bewährt. Es enthält 3% Hg und ist eine Lösung von merkurisalizylsulfonsaurem Natrium mit $^1/_2$% Akoin. Der Hauptvorzug des Embarins besteht darin, daß es vorzüglich vertragen wird, örtlich macht es nie Beschwerden, ganz ausnahmsweise kamen einmal Allgemeinreaktionen vor: Fieber, skarlatinöse Exantheme, Übelbefinden. Die Wirkung des Embarins auf die luetischen Krankheitserscheinungen war kräftig. H. Boehme-Leipzig.

Zeitschrift für Urologie.

1914, Bd. 8, H. 10.

Beiträge zur Kenntnis und Therapie der Hydronephrose, von W. V. Simon-Breslau. Die Arbeit enthält eine Darstellung des Krankheitsbildes nach einem Material von 20 Fällen der Küttnerschen Klinik von einseitigen, meist rechtsseitigen, Hydronephrosen bei Patienten im Alter von 6 Monaten bis 67 Jahren. Die Ursache der Hydronephrose ist stets ein mechanisches Abflußhindernis des Harns in der Niere selbst bis hinunter in die Harnröhre. Sehr häufig sind diese Veränderungen angeboren. Unter den Ursachen für erworbene Hydronephrosen stehen obenan die Wanderniere, ferner Traumen und Nierensandbildung. Die Symptome sind, besonders bei den Fällen von angeborener Erkrankung, oft so geringfügig, daß erst das Auftreten einer merkbaren Geschwulst oder das Platzen des Sackes die Krankheit erkennen lassen. Sonst sind die bei vorübergehender völliger Behinderung des Abflusses anfallsweise auftretenden Schmerzen das Hauptsymptom. Eigentliche geschlossene Hydronephrosen sind offenbar sehr selten, meist fanden sich offene oder intermittierende. Bei diesen fällt der Wechsel der täglichen Urinmenge auf. Die Anzeichen der infizierten Hydronephrose sind Fieber und Trübung des Urins. Bei erheblicherem Anwachsen der Geschwulst kommen Atem-, Herz-, sowie Magen-Darm-Beschwerden vor. Für die Diagnose spielen die Methoden der funktionellen Nierendiagnostik die größte Rolle, weiterhin die Erkennung des Tumors durch Inspektion und Palpation. Für die Behandlung kommen konservative Methoden durch Massage, Bandagen usw. nur ausnahmsweise in Betracht, meist wurden konservativ-plastische Operationen und ein- oder zweizeitige Exstirpationen mit im allgemeinen günstigen Resultaten ausgeführt. Von konkomitierenden Krankheiten werden erwähnt: Arteriosklerose, serofibrinöse Peritonitis, interstitielle Nephritis, chronische Pankreatitis, Pleuritis und Abszeß auf dem Musculus iliacus.

Digitized by Google

1914, Bd. 8, H. 11.

Zur Kasuistik der Prostatakonkremente, von F. Suter-Basel. Bei einem an Nierensteinen leidenden Patienten ließen sich durch Sondenuntersuchung der Harnröhre und durch Röntgenaufnahme Prostatasteine nachweisen. Nach perinealer Eröffnung der Harnröhre wurden mit dem scharfen Löffel leicht zehn Steinchen aus der Prostata entfernt. Die Heilung erfolgte glatt in drei Wochen. Die später durch Nephrektomie entfernten Nierensteine zeigten die gleiche chemische Zusammensetzung wie die Prostatasteine. Trotzdem ist der Verfasser von der endogenen Entstehung der Prostatakonkremente überzeugt, da sie im Röntgenbild eine auffallend symmetrische Lagerung zu beiden Seiten der Harnröhre zeigten.

Intermittierende Reizblase bei Retroflexio uteri, von Dora Teleky-Wien. Unter „Reizblase" ist ein Zustand zu verstehen, wo bei Vorhandensein syphilitischer Symptome, vor allem bei Vermehrung der Frequenz und der Intensität des Urindranges, sowohl die Urinuntersuchung als auch die Zystoskopie normale Verhältnisse ergaben. Man fast diesen Zustand im allgemeinen als nervöses Leiden auf. Die Verfasserin beobachtete diese Blasenbeschwerden oft bei Frauen im prämenstruellen Stadium, wenn eine angeborene Retroflexio uteri vorhanden war. Bei erworbenen Retroflexionen und bei normalen Genitalbefunden waren dagegen solche Beschwerden äußerst selten. Die Zystoskopie ergab bei Vorhandensein der Beschwerden, also vor und während der Menses, den Befund einer akuten Cystitis coli oder mindestens eine Hyperämie und Schwellung des Trigonums, während in den Zwischenräumen zwischen den Menses die Blasenschleimhaut normal war. Sie sieht daher die Retroflexio und die dadurch bedingte Steigerung der physiologischen prämenstruellen Hyperämie der Blasenschleimhaut als die Ursache der Blasenbeschwerden an und weist auf die Notwendigkeit einer genauen Aufnahme des Genitalbefundes bei jedem Falle von „nervöser" Reizblase hin.

Gonokokzie der beiden Geschlechter und deren Behandlung mit polyvalenter Diplokokkenvakzine, von Pérez-Grande-Madrid. P. behandelt mit polyvalenten autogenen Vakzinen, d. h. solchen, die sämtliche bei chronischen Erkrankungen in der Harnröhre vorhandenen Bakterien enthält. H. Boehme-Leipzig.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1914, Nr. 10.

Das Dirnenwesen in den Heeren und seine Bekämpfung, von W. Haberling. (Schluß.) Enthält die Schilderung der Weiberwirtschaft in den Heeren des 17. und 18. Jahrhunderts und der Versuche zur Besserung dieser Verhältnisse und zur Einschränkung der Geschlechtskrankheiten. Ferner werden sehr ausführlich die zahlreichen Verordnungen, die zur Vermeidung der Geschlechtskrankheiten in den Napoleonischen Heeren entlassen wurden, mitgeteilt. Zum Schluß werden vom Verfasser Vorschläge für die Bekämpfung der verderblichen Einflüsse des Dirnenwesens in den modernen Heeren gemacht. H. Boehme-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Erhard Riecke-Leipzig. Bearbeitet von Bettmann-Heidelberg, Bruhns-Charlottenburg, Buschke-Berlin, Ehrmann-

Digitized by Google

Wien, Grouven-Halle, Jesionek-Gießen, Meyer-Kiel, Riecke-Leipzig, Riehl-Wien, Tomasczewski-Berlin, Török-Budapest, Zumbusch-München. III. vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 355 großenteils mehrfarbigen Abbildungen im Text und 23 Farbentafeln. (Jena 1914, Verlag von Gustav Fischer.) Wohl selten dürfte ein Lehrbuch den Anspruch erheben, in jeder Beziehung seine Aufgabe so prägnant und vollkommen erfüllt zu haben, als das vorliegende, das einerseits dem Studierenden eine brauchbare Stütze bei dem dermatologischen Unterricht bietet und andererseits in der Hand des praktischen Arztes ein den modernen Stand unserer Disziplin widerspiegelndes, zuverlässiges Nachschlagewerk bildet. Die Namen der Bearbeiter, welche in der dermatologischen Wissenschaft sich längst ein hervorragendes Renomee verschafft haben, sprechen für die Güte und gründliche Darstellung des Gebotenen, in dem die neuesten wissenschaftlichen Errungenschaften ausgiebig verwertet worden sind; dabei ein präziser Text, welcher alles Hypothetische und Nebensächliche vermeidet oder nur streift und eine reiche Anzahl möglichst instruktiver Abbildungen, die den Wert des Textes wesentlich erhöhen. Inhaltlich finden wir die einzelnen Hauptabschnitte von den verschiedensten Verfassern bearbeitet. Die allgemeine Dermatologie von Riehl-Wien; Ehrmann-Wien behandelt das akute und chronische Ekzem und die ihm verwandten Dermatosen, die schuppenden und knötchenartigen Erkrankungen wie Psoriasis, Pityriasis; die exfoliativen Erythrodermien und die große Lichengruppe ist von Riecke-Leipzig bearbeitet, der gleichzeitig einen anderen Abschnitt der Hornbildungen demonstriert, Bettmann-Heidelberg hat die blasenartigen Erkrankungen zum Gegenstand seiner Bearbeitung gemacht, während Zumbusch-München die Zirkulationsanomalien der Haut und Arzneiexantheme schildert. Török-Budapest behandelt die Krankheiten der Talg- und Schweißdrüsen, der Haare und Nägel, Grouven-Halle die Tuberkulose der Haut und Infektionen, Tomasczewski-Berlin die Neubildungen der Haut und Jesionek-Gießen die parasitären Hautkrankheiten. Die venerischen Krankheiten finden in Bruhns-Charlottenburg und Buschke-Berlin ihre autoritativen Darsteller, und schließlich hat es Meyer-Kiel unternommen, die Grundzüge der röntgen-therapeutischen Methodik für die dermatologische Praxis einer eingehenden Bearbeitung zu unterziehen. Es erübrigt sich auf die einzelnen Teile und ihre Beurteilung einzugehen, deren Bearbeitung nach nochmaliger Durchsicht in der dritten Auflage immer mehr den praktischen Bedürfnissen der Lernenden angepaßt ist. Das Werk muß zur ständigen Literatur eines jeden Arztes gehören. Chrzelitzer-Posen.

Abhandlungen über Salvarsan, gesammelt und herausgegeben von Paul Ehrlich. Bd. IV (München 1914, F. J. Lehmann). „Wenn die Könige bauen, haben die Kärrner zu tun", schloß Jadassohn seine ersten Mitteilungen über seine Erfahrungen mit Salvarsan. Seitdem sind vier Jahre ins Land gegangen, und, wenn man heute den vierten Band der gesammelten Abhandlungen über Salvarsan von Paul Ehrlich zur Hand nimmt, dann hat man das Gefühl, daß die Kärrner gute Arbeit getan und der König selbst nicht gerastet hat. Das letztere ist bei Paul Ehrlich eigentlich fast zu selbstverständlich, um erwähnt zu werden, und das erstere attestiert er seinen Mitarbeitern, die er in dem vorliegenden Bande fast ausschließlich zum Worte kommen läßt, während er sich mit einigen einleitenden Bemerkungen und zum Schlusse mit der Wiedergabe seines Referates auf dem internationalen medizinischen Kongreß in London im Jahre 1913 begnügt.

Aus einem scheinbar losen Aneinanderreihen von acht verschiedenen Kapiteln aus der Salvarsanfrage mit einigen, für jedes einzelne derselben besonders markanten Arbeiten formt Ehrlich in der Totalität ein deutliches Bild von dem was erreicht und erarbeitet worden ist; daß dabei noch Lücken in unserem Wissen vorhanden sind, manche Punkte

Digitized by Google

noch der Aufklärung harren, und manche Einwürfe der Salvarsangegner, deren Zahl wohl allerdings allmählich verschwindend klein geworden ist, zu wiederlegen, resp. zu entkräften sind, bleibt nicht verschwiegen.

In der Einleitung hebt Ehrlich diejenigen Punkte hervor, auf deren Klarlegung es ihm am meisten ankommt, und in deren Bearbeitung die größten Fortschritte zu verzeichnen sind. Und damit gibt er die Disposition, nach der die einzelnen Arbeiten zusammengestellt sind. Es sind dies unter anderem die Frage nach der Nützlichkeit der Anwendung konzentrierter Salvarsan-, resp. Neosalvarsanlösungen, von denen man im allgemeinen eine Reihe von Vorteilen aber keine Nachteile beobachtet hat; es ist ferner die Arbeit Milians über die Adrenalinwirkungen, der Ehrlich einen großen Wert beimißt. Dann die Erfahrungen, die über das Gelingen von Abortivkuren und über Reinfektionen gesammelt sind.

Es ist hier nicht der Platz, um die einzelnen Arbeiten, die in verschiedenen Journalen gesondert erschienen, wohl im wesentlichen hier schon besprochen worden sind, eingehender zu referieren; wir wollen nur die einzelnen Kapitel, wie sie Ehrlich zusammengefaßt hat, erwähnen, und die Resultate kurz zu würdigen versuchen.

A. „Technik, Status lymphaticus, Adrenalin." Hier handelt es sich um die Arbeiten verschiedener Verfasser, die mit geringen Modifikationen der Technik darin wetteifern, das Altsalvarsan, wie besonders das Neosalvarsan in möglichst konzentrierter Form zur Anwendung zu bringen, und die zum Teil, wie z. B. Wechselmann bestrebt sind, an Stelle der intravenösen, die subkutane Injektionsmethode wieder mehr zur Geltung zu bringen, nachdem es gelungen ist, die zur völligen Lösung des Mittels notwendigen Flüssigkeitsmengen auf ein äußerst geringes Maß zu beschränken. Der extremste Vertreter dieser Richtung ist Alexandrescu Derska, welcher 0,6 Neosalvarsan in 1—2 ccm destillierten Wasser gelöst, intravenös injizierte und nach seinen Mitteilungen niemals irgend einen Unfall beobachten konnte. Andere Verfasser, die hier zu Worte kommen, haben Lösungen in Konzentration von 1% bis 0,9 : 10,0 ccm in Anwendung gebracht. Diese Verfasser: Zimmern, Dreyfus, Stern (der die Prioritätsrechte für sich in Anspruch nimmt), Duhot, Katz, Frühwald, Kerl. v. Schubert, Wechselmann, Schreiber, Fabry und Kall, betonen die Vorteile der konzentrierten Lösungen, welche in der Zeitersparnis, der Vereinfachung des Instrumentariums, der geringeren Flüssigkeitszufuhr und geringeren Belastung des Kreislaufs, in der weniger erheblichen psychischen Beeinflussung des Patienten liegen und erwähnen als Nachteile, daß sehr hoch konzentrierte Lösungen die Venenwandungen schädigen und beim Hineingeraten in das perivaskuläre Gewebe (bei eventueller Durchstoßung der Venenwand) sehr schmerzhafte Infiltrate verursachen können. Ob die Wirkung der Injektionen, bei denen das As jedenfalls langsamer ausgeschieden wird als bei den Infusionen, und infolgedessen mehr eine Art Depotwirkung zustande kommt, wirklich intensiver ist, als diejenige der Infusionen, darüber ist noch keine Einigung erzielt; jedoch scheint es sicher, daß man den Nieren bei intravenösen Neosalvarsaninjektionen die größte Aufmerksamkeit zuwenden muß.

Rindfleisch, der zwei Todesfälle unmittelbar nach intravenösen Neosalvarsaninjektionen mitteilt, betont, daß er in den beiden Fällen bei der Sektion einen ausgesprochenen Status thymo-lymphaticus gefunden hätte, und er sieht in diesem Befunde den Grund für den unglücklichen Ausgang, und warnt vor Anwendung des Salvarsans bei derartigen Individuen.

Den Schluß des ersten Abschnittes bildet die Arbeit Milians über Adrenalinwirkung; Milian betrachtet das Adrenalin direkt als Antagonisten für das Salvarsan, dessen bisweilen schädliche Wirkungen er auf seine vosodilatatorischen Eigenschaften schiebt. Er glaubt, daß man bei Individuen, die gegen Salvarsan überempfindlich (anaphylaktisch)

Digitized by Google

sind, durch vorhergehende Adrenalininjektionen üblen Zufällen vorbeugen und, wenn solche — besonders eine Encephalitis hämorrhagica — eintreten, die unheilvollen Folgen derselben dann noch abwenden könne, wenn man Adrenalininjektionen, die mit ihrer vasokonstriktorischen Kraft als Gegenmittel wirkten, geben würde. Auch Ehrlich selbst verspricht sich von Adrenalininjektionen für die Encephalitis hämorrhagica — dieser unangenehmsten Folgeerscheinung von Salvarsaninjektionen —, gute Erfolge, und teilt mit, daß ihm neuerdings drei Fälle berichtet worden sind, in denen sich die Adrenalinmedikation in solchen Situationen bewährt hat.

Der Abschnitt B. bringt in den meist bereits bekannten Arbeiten von Ida Schönberger, Berger, Spietschka, Kraus, Riebes, Fabry und Scholtz Zusammenstellungen der Resultate der Salvarsantherapie am großen Material (ob die etwas gewaltsame Behandlungsmethode von Scholtz trotz der mitgeheilten guten Resultate sich einbürgern wird, darf wohl bezweifelt werden; in der von Scholtz vorgeschlagenen Ausdehnung wird sie nur an sehr gut situierten Krankenanstalten oder bei den allerobersten Zehntausend durchführbar sein [d. Ref.]).

Der folgende dritte Abschnitt enthält die Mitteilungen von Müller-Mainz, Frühwald, Lier und Kerl über die Chancen einer Abortivbehandlung der Syphilis durch Salvarsan im primären oder ganz frühen sekundären Stadium; daß diese Chancen am besten sind, wenn es gelingt, die Therapie nach sichergestellter Diagnose bei noch negativer WR einzuleiten, liegt klar zutage, und wird immer von neuem bestätigt; eine Hauptbedingung für das Gelingen scheint die Zerstörung des Primäraffektes durch Exzision oder Pacquelinätzung zu sein.

Im engsten Zusammenhange mit dieser Gruppe von hochinteressanten Arbeiten, steht der nächste Abschnitt D. über „Reinfektion"; hier ist besonders die Arbeit Gennerichs von grundlegender Bedeutung, derselbe hat an einem sehr großen und für die Beobachtung besonders geeignetem Material seine Studien machen können. Da er in der Lage ist, wieder eine neue Serie gut beobachteter, einwandfreier Reinfektionen mit ihren Krankengeschichten publizieren zu können, so kommt er zu einem für die Frage der Abortivbehandlung der Syphilis durch Salvarsan sehr günstigen Ergebnis. Er betont — wie Kall im Abschnitt A. — die Wichtigkeit der provokatorischen Salvarsaninjektionen zur Feststellung der Heilung; Kall fordert übrigens nicht nur die WR in ihrer ursprünglichen Gestalt, sondern auch die Sternsche Modifikation ehe er ein negatives Resultat gelten läßt.

Ein ganz spezielles Kapitel, nämlich „Salvarsan und Nervensystem" behandeln die im Abschnitt E. gesammelten Arbeiten. In der ersten derselben weist Doinikow nach, daß bei gesunden Kaninchen auch nach lang fortgesetzter Einverleibung von Salvarsandosen, die weniger in der Einzeldosis als in der Summe das vielfache der therapeutisch angewandten Dosen darstellen, keine Veränderung im Nervensystem zu finden und kein As nachweisbar war. Es folgen die Arbeiten von Mattauschek, der den Nutzen der Salvarsantherapie bei Erkrankungen des Zentralnervensystems bespricht, und diejenigen von Jeanselme, Vernes und Bloch und von Altmann und Dreyfus, welche ebenfalls diesen Punkt behandeln und außerdem auf die Notwendigkeit hinweisen, den Liquor eines jeden Syphilitikers, besonders auch im Frühstadium, zu untersuchen; denn 1. entwickelt sich viel häufiger als man bisher annahm schon im frühen Sekundärstadium oder noch früher eine schwere meningo-nervöse Syphilose, die klinisch nicht erkennbar ist; und 2. können in den Meningen virulente Herde existieren, die einen Resistenzpunkt für die Behandlung bilden. Die Frage der Hirndruckerhöhung bei Syphilis nach Salvarsaninfusionen wird von Spiethoff angeschnitten, und Müller-Metz berichtet über einen höchst eigenartigen Fall von „Vasocommotio cerebri". Nach einer Arbeit

Digitized by Google

von Swift und Ellis, deren Resümee darin gipfelt, daß jeder Fall von Nervenlues individuell behandelt werden müsse, aber in jedem Falle so lange bis der Liquor dauernd zur Norm gebracht worden sei, kommen die Arbeiten Noguchis über seine Spirochätenbefunde bei Paralyse und Tabes an die Reihe; derselbe fand Spirochäten besonders an den motorischen Zentren, und zwar häufiger und zahlreicher an der Hirnrinde als in der weißen Substanz, selten in der Nähe von Blutgefäßen und fast niemals in den Gefäßwandungen, was eine Zuführung therapeutischer Agentien sehr erschwert. Im Anschluß an die Demonstration eines Noguchischen Präparates spricht Ehrlich seine Anschauungen über das Zustandekommen der Paralyse aus; er glaubt, daß wir es zu tun haben mit Spirochäten, die vielleicht biologisch von den andern verschieden und möglicherweise Salvarsanfest sind; er ermutigt zu immer neuen Versuchen mit neuen As-Präparaten und deutet sehr geistreich die Remissionen als spirillolytische Zeiten. Räke, der dann zum Worte kommt, mahnt dringend bei Tabes und Paralyse, die Flinte nicht ins Korn zu werfen, sondern mit Salvarsan, eventuell kombiniert mit Hg, d. h. besser noch als nebeneinander, zu behandeln, da nach seinen Erfahrungen schon bedeutende Fortschritte erzielt seien und noch erzielt werden würden.

In den Arbeiten des Abschnittes F. über „Nebenwirkungen und Todesfälle", bringen Wahle, Fuchs und Król Mitteilungen über eigenartig verlaufene Fälle mit zum Teil tödlichem Ausgange, ohne daß man einen sicheren Anhalt für den unglücklichen Verlauf hatte und hier leider noch wie vor einem Rätsel steht.

Quasi im Anhange folgen dann Arbeiten von Benario (Abschnitt G.) über Diabetes insipidus und dessen Behandlung mit Salvarsan, sowie Vermutungen über den Ursprungsherd dieser immer noch rätselhaften Krankheit.

Anschließend umfaßt Abschnitt H. Arbeiten von Gerber über die lokalen Spirochätenerkrankungen und speziell über die Behandlung derselben mit Salvarsan bei Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen. Arbeiten, die bei der Gründlichkeit, mit der der Verfasser dieses Kapitel während der ganzen Salvarsanära bearbeitet hat, viel Lesenswertes bringen. Ebenso sind die Mitteilungen von Bätge über Neosalvarsanbehandlung der Malaria und von Mokrzecki über Milzbrandbehandlungen mit Salvarsan von allgemeinem Interesse; nach Bätges Erfahrungen bewährte sich das Salvarsan besonders bei der Tertiana, während es bei der Quartana und Tropika häufig im Stiche läßt; und Mokrzecki publiziert einen Fall von Milzbrand, der durch eine intravenöse Salvarsaninjektion von 0,6 trotz schlechten Allgemeinbefindens geheilt wurde.

Das Schlußwort bildet das bekannte Referat Ehrlichs auf dem internationalen Kongreß in London 1913, in dem er die bisherigen Ergebnisse — Erfolge und Mißerfolge, Heilungen und Todesfälle, klinische Erfahrungen und Tierexperimente — zusammenfaßt. Trotzdem sein großes Ziel der Sterilisatio magna noch nicht erreicht ist, so sieht er sich doch der Verwirklichung seiner Hoffnungen, der Syphilis Herr zu werden, durch die vier Jahre lang fortgesetzten planmäßigen Arbeiten so vieler Mitarbeiter an großen Instituten um vieles näher und gibt der Hoffnung Raum, daß das Ziel definitiv erreicht wird.

Lasch-Breslau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Der heutige Stand unserer Kenntnisse über das Wesen der Wassermannschen Reaktion, von Fritz M. Meyer-Berlin. (Charitéann., 36. Jahrg.) Unsere Kenntnisse

Digitized by Google

über das Wesen der Wassermannschen Reaktion haben mit der zunehmenden praktischen Verwertung dieser Reaktion nicht gleichen Schritt gehalten, das zeigen auch die zahlreichen von den verschiedensten Forschern aufgestellten Theorien, von denen bislang indessen keine das Rätsel der genannten Reaktion zu lösen vermochte, wenn sie auch manche Erscheinungen unserem Verständnis nähergebracht haben. Verfasser bespricht die verschiedenen Theorien kritisch und schließt sich in der Auffassung über das Wesen der Wassermannschen Reaktion denjenigen Verfassern an, welche das Zustandekommen der Reaktion von einer unspezifischen und einer spezifischen Reaktionskomponente abhängig machen, wobei die Natur der ersteren zunächst noch dahingestellt bleiben muß. Die Existenz einer spezifischen Komponente glaubt Verfasser durch die größere Wirksamkeit syphilitischer Organextrakte gegenüber Extrakten aus normalen Organen, sowie durch die Versuche von Citron und Munk sowie Blumenthal (Erzeugung positiver Wassermannscher Reaktion beim Kaninchen durch Verimpfung wässeriger Organextrakte), Versuche, denen indessen meines Erachtens nichts weniger als eine absolute Beweiskraft zukommt, bewiesen. Graetz-Hamburg.

Bemerkungen zur Wassermannschen Reaktion, von B. A. Thomas und R. H. Ivy-Philadelphia. (Am. J. m. sc., Juli 1914.) Verfasser haben, um die Verwendung eines Überschusses an Komplement zu vermeiden ein Titrationsverfahren ausgearbeitet, nach welchem sie vor der Anstellung der eigentlichen Serumreaktion die Komplementmenge bestimmen, welche bei Verwendung von 0,1 ccm Normalserum eine vollständige Hämolyse von Hammelblutkörperchen mit einem konstanten Ambozeptor bewirkt. Wegen der Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden. Den Gebrauch von Cholesterin zur Herstellung des Antigens verwerfen sie; sie fanden vielmehr, daß der Auszug einer syphilitischen Leber entschieden die zuverlässigsten Resultate liefert. Im übrigen plädieren sie für Aufstellung einer allgemein einzuführenden Norm für die Beurteilung der Resultate der Syphilisreaktion. Philippi-Salzschlirf.

Die Serodiagnostik der Syphilis mittels der Präzipitationsmethoden, von Porges-Wien. (Beitr. z. Klin. d. Infekt. Krkh., 1914, Bd. 2, H. 2.) Die hierher gehörigen Erscheinungen lassen sich in vier Gruppen scheiden, obwohl sie im wesentlichen identisch sind. Die erste Gruppe betrifft die von Fornet und Schereschefsky beobachtete gegenseitige Fällung der Sera von syphilitischen und metasyphilitischen Affektionen. Die zweite Art behandelt die zuerst von Michaelis beschriebene Präzipitation im Gemenge von Extrakt und Syphilisserum. Die dritte Kategorie umfaßt die von Porges und seinen Mitarbeitern, z. B. Herman und Perutz, angegebenen Flockungsreaktionen von Syphilisserum und Suspensionen gewisser Lipoide. Die vierte Erscheinung ist das von Klausner gefundene Ausflockungsphänomen bei Verdünungen des syphilitischen Serums mit destilliertem Wasser. Es sei sicher auf diesem Wege eine praktisch brauchbare, leicht ausführbare, serodiagnostische Methode der Syphilis zu erwarten.

Junghans-Dresden.

Hat die positive Wassermannsche Reaktion absoluten Wert? von J. Nicolas und J. Gaté. (Lyon méd., 1914, Nr. 16.) Verfasser haben bei Nichtsyphilitikern in 39% positive Wassermannsche Reaktion gefunden. Deshalb sind sie der Ansicht, daß die positive Reaktion nicht absolut für Syphilis spreche, sondern daß sie auch bei anderen Krankheiten, ja bei Gesunden, vorkommen könne. Zu diesen Krankheiten gehören aber nicht nur seltenere oder leicht eruierbare, wie z. B. Lepra oder Scharlach. Verfasser gehen sogar so weit zu behaupten, daß ein konstant positiver Wassermann nicht absolut sicher Syphilis anzeige. R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Zweijährige Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion, von F. Wesener-Aachen. (M. m. W., 1913, Nr. 33.) Im Verlaufe von etwa zwei Jahren hat W. von 249 Patienten Blutproben je an zwei staatliche serologische Institute zur Ausführung der Wassermannschen Reaktion eingeschickt, und er hat außerdem dieselben selber nach der Vorschrift von Dungerns geprüft. Die Ergebnisse der serologischen Untersuchungen sind durchaus nicht in allen Fällen übereinstimmend ausgefallen, vielmehr lauteten die von den beiden Instituten eingeschickten Berichte bei 24 dieser 249 Prüfungen, also in 9,6% der Fälle, diametral entgegengesetzt, und kleinere Abweichungen waren bei 18% zu verzeichnen. Unter den 24 Fällen mit widersprechendem serologischen Untersuchungsresultat fanden sich 12 Patienten, bei denen sicher Lues früher bestanden hatte, und ebenso viele, bei denen eine Infektion mit fast völliger Sicherheit auszuschließen war. Dabei ist zu bemerken, daß eine Mitteilung über klinische Symptome nur bei den zuerst eingeschickten Proben erfolgte, bei der großen Mehrzahl der Untersuchungen dagegen unterblieb, um keinerlei Beeinflussung des serologischen Urteils obwalten zu lassen. Demgemäß erklärt Verfasser das Ergebnis der Reaktion nicht für eine absolute Indikation zu therapeutischen Eingriffen oder, bei negativem Ausfall, für einen vollgültigen Beweis des Gesundseins. Mit dem v. Dungernschen Verfahren hatte er im allgemeinen recht gut übereinstimmende Resultate. Philippi-Salzschlirf.

Beobachtungen an 1500 Wassermannschen Reaktionen, von Massia. (Lyon méd., 1914, Nr. 16.) Die Wassermannsche Reaktion ist ein wertvolles Hilfsmittel bei der Diagnose der Syphilis. Doch ist sie nicht absolut sicher und muß daher vom Kliniker erst interpretiert werden. R. Frühwald-Leipzig.

Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion, von E. J. Mc Weeney. (Dublin J., Juli 1914.) Allgemeine Besprechung des Wesens und der Resultate der Wassermannschen Reaktion. R. Frühwald-Leipzig.

Die praktische Bedeutung der quantitativen Wassermannschen Reaktion für die Behandlung der Syphilis, von F. Lesser-Berlin. (M. m. W., 1914, Nr. 2.) Verfasser plädiert für die häufigere Anwendung der Wassermannschen Reaktion und für genauere Bestimmung der Intensität derselben. Er weist auf den großen Vorteil hin, den die Methode zum Nachweise eines erzielten Erfolges resp. eines Mißerfolges der jeweilig eingeleiteten Therapie gewährt, indem man z. B. über eine etwaige Arsenfestigkeit oder andere spezielle Resistenzfähigkeit der Spirochäten bei einem gegebenen Fall Aufschluß erhält. Es sei viel richtiger, die Bemühung der häufigeren Serumprüfung auf sich zu nehmen, als das Risiko zu laufen, daß man eine langwierige Behandlung erfolglos durchführe. Bei der quantitativen Auswertung der Reaktion wird zu eruieren sein: 1. wie stark die Anhäufung der Reagine im Patientenserum ist, d. h., man stellt die WR mit fallenden Mengen von Patientenserum an, oder 2. eine wie geringe Menge Organextrakt genügt, um beim Zusammentreffen mit einer konstanten Menge Patientenserum eine bestimmte Menge Komplement zu binden, d. h. man führt die WR mit fallenden Mengen von Organextrakt (für den L. besonders seinen ätherischen Auszug empfieht) aus, oder 3. eine wie große Menge Komplement bei Verwendung von konstanten Mengen Patientenserum und Organextrakt gebunden werden kann, d. h. man stellt die WR mit steigenden Mengen Komplements an. Am zweckmäßigsten erwiesen sich die Verfahren 1 und 3. Tabellarisch legt Verfasser das konstante Mengenverhältnis von Patientenserum und Komplement dar. In der Regel führte er seine vergleichenden Serien in der Weise aus, daß er die geringste Menge Patientenserum ermittelte, die bei Verwendung von 0,5 Komplement und 0,5 Organextrakt gerade komplette oder partielle Hämolyse gibt. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Der Einfluß der antisyphilitischen Behandlung auf die Wassermannsche Reaktion, von Camille Moreau. (Acad. de méd. belg., 29. Nov. und 27. Dez. 1913.) A. Morelle und R. Bruynoghe fanden, daß die Anwendung des Alt- und Neosalvarsans vom klinischen Standpunkte aus den alten Methoden sehr überlegen ist und daß auch die Wassermannsche Reaktion besser durch die arsenhaltigen Mittel als durch Quecksilber beeinflußt wird, obwohl sie selten dauernd negativ bleibt. Dies muß entweder unsere Ansicht vom Werte der Wassermannschen Reaktion modifizieren oder es ist ein Beweis, daß das Salvarsan eine weniger kurative Wirkung hat, als man bisher annahm. A. Gunsett-Straßburg.

Neue Beobachtungen über die Wassermannsche Reaktion und die therapeutische Salvarsanwirkung bei hereditärer Syphilis, von Enrico Mensi-Turin. (Riforma med., 1913, Nr. 45.) Verfasser berichtet an der Hand von 22 im Turiner Findelhaus gemachten Beobachtungen und kann dabei feststellen, daß die Wassermannsche Reaktion ein sicherer Beweis von aktiver Syphilis bildet, daß weiter nach Injektion von Salvarsan ein Übergang des positiven zum negativen Wassermann stattfindet. Für besonders wichtig und nötig erachtet Verfasser infolge der nahen Beziehungen von hereditärer Syphilis und Tuberkulose bei Säuglingen die stets vorzunehmende gleichzeitige Prüfung der Reaktion auf Syphilis und Tuberkulose und zwar um so mehr, als nach den letzten Forschungen syphilitische Kinder besser und schneller auf Tuberkulose reagieren als tuberkulöse Kinder. E. Rossen-Wiesbaden.

Die Wassermannsche Reaktion als Indikator bei der Therapie der Syphilis, von Hugo Hecht-Prag. (Prag. m. Wschr., 1913, Nr. 23.) Die WR kann bei genauer Indikationsstellung wertvolle Hinweise in therapeutischer Beziehung liefern, nur muß man sich vor Verallgemeinerung hüten und darf nicht mehr verlangen, als eine biologische Methode leisten kann. Bei primärer Syphilis ergibt die noch negative WR die Indikation für eine Abortivbehandlung, denn in diesem Stadium sind die Aussichten für einen Erfolg die besten. Bei florider sekundärer Syphilis kann uns die WR bezüglich der einzuschlagenden Behandlung nichts oder wenig nutzen. Dagegen kann sie uns im Latenzstadium unstreitig gute Dienste leisten. Im Spätlatenzstadium hängt der Ausfall der WR von dem Alter der Erkrankung und der früheren Behandlung ab. Je längere Zeit seit der Infektion verstrichen ist, je gründlicher die Behandlung war, desto eher ist negative WR zu erwarten. Natürlich kann es auch vorkommen, daß ein Latentluetischer jahrelang positive WR hat und zeitlebens frei von Symptomen bleibt. Jedenfalls aber kann ein Versuch zur Umwandlung der positiven WR nichts schaden. Eine wichtige Rolle fällt der WR bei der provokatorischen Salvarsaninjektion zu.

G. Heymann-Elbing.

Bleimeningitis und Wassermannsche Reaktion, von Oettinger, P. L. Marie und Baron. (Bull. méd., 1914, Nr. 16.) Ein Mann mit typischer Bleivergiftung hatte positiven Wassermann im Blute und im Liquor; im letzteren auch Lymphozytose und Hyperalbuminose. Alle die genannten Erscheinungen schwanden mit den klinischen Symptomen des Saturnismus. R. Frühwald-Leipzig.

Die Wassermannsche Reaktion beim Neugeborenen und beim Säugling, von Edm. Roux. (Thèse de Montpellier, 1913.) Wie beim Erwachsenen kann auch bei Säuglingen bei negativem Ausfall der Wassermannschen Reaktion Lues nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Ein positiver Ausfall der Reaktion spricht nur mit großer Wahrscheinlichkeit für Lues, wenn er in den ersten 14 Tagen des Lebens beobachtet wird, kann aber als ein sicheres Zeichen für das Bestehen einer Lues nach diesem Zeitpunkt betrachtet werden. Ist bei einem Kind mit Lähmungserscheinungen unbekannter Ätiologie die Reaktion im Blute negativ, so soll man auch noch eine solche mit Lumbalflüssigkeit

Digitized by Google

machen, da die Ergebnisse mit beiden Flüssigkeiten nicht unbedingt die gleichen sein müssen. F. Loeb-München.

Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion in der Säuglingsfürsorge, von Alois Epstein. (Prag. m. Wschr., 1913, Nr. 45.) Die Wassermannsche Reaktion wird in Anstalten, welche, sei es ausschließlich oder teilweise, der Säuglingsfürsorge dienen, nicht lediglich zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken ausgeführt, sondern zu dem sozialhygienischen Hauptzwecke, die Übertragung der Syphilis von Anstaltskindern auf fremde Personen oder auch von einer Amme bzw. Pflegerin auf das Kind zu verhüten. Durch einen Erlaß des Landesausschusses des Königreichs Böhmen vom 24. April 1912 wurde die obligate Vornahme der Blutuntersuchung in solchen Anstalten angeordnet. In 17 Monaten hat Verfasser 1497 Kinder und 1306 Mütter aufgenommen; die Zahl der vorgenommenen WR betrug 3691, wovon 2299 auf Kinder, 1392 auf Mütter entfallen. Die WR muß, wenn irgend möglich, bei Mutter und Kind vorgenommen werden. Statistisch verarbeitet ist erst das Material der ersten zwei Monate: Unter 198 Müttern reagierten positiv 20 (10%), unter 236 Kindern der ersten Lebenswochen reagierten positiv 8 (3,3%). Schon hieraus ergibt sich die Notwendigkeit der WR für die Zwecke der Säuglingsfürsorge. Dabei beansprucht die Anamnese und die genaueste klinische Untersuchung von Mutter und Kind ihre alte unverkürzte Wichtigkeit und darf auch bei einem etwaigen negativen Ergebnis der serologischen Untersuchung nicht hintangesetzt werden. G. Heymann-Elbing.

Syphilis und Wassermannsche Reaktion bei den Findelsäuglingen, von Marcus Rabinowitsch-Charkow. (Zbl. f. Bakt., 1913, Bd. 72, H. 4—5.) Die russische Sitte, die Findelkinder in ausgedehntem Maße aus den Findelhäusern in private Pflege, namentlich auf die Dörfer zu geben, hat nach allgemeiner Ansicht zu einer ganz außerordentlichen Verbreitung der Syphilis in Rußland beigetragen. Um nun ein genaueres Urteil über diesen Übertragungsmodus sowohl als auch eine Reihe anderer Fragen aus dem Gebiete Säugling und Syphilis zu gewinnen, hat Verfasser eine Reihe von Untersuchungen angestellt, die zu dem Ergebnis führten, daß die kongenitale Syphilisinfektion — eine germinative gibt es nach R. nicht — nur auf plazentarem Wege, aber in gleicher Weise von der Mutter wie vom Vater (durch die Mutter) erfolgen kann. Sämtliche Mütter syphilitischer Kinder, wie auch sämtliche Kinder syphilitischer Mütter sind syphilitisch, wie sich durch eine zu entsprechender Zeit ausgeführte WR nachweisen läßt. Die Zahl der positiven WR bei den Säuglingen wächst mit dem Alter, da die Säuglingssera in den ersten Lebenswochen einerseits einen Mangel an Komplement und Ambozeptor, andererseits eine starke Vermehrung der die Komplementbindung hemmenden Stoffe aufweisen. Daher reagieren „aktive" Sera der Säuglinge schon zu einer Zeit positiv, wo die „inaktivierten" noch eine negative Reaktion zeigen. Im Interesse der Syphilisbekämpfung muß daher bei negativ reagierenden Säuglingen die Reaktion auch mit aktivem Serum mehrfach wiederholt werden; Findelsäuglinge sind nicht an Ammen anzulegen und Ammen nicht zu verwenden, bevor bei beiden die WR ausgeführt ist.
O. Gans-Hamburg.

Wassermannsche Reaktion bei Kindern aus ärmeren Schichten, von Will. Elliott. (Glasgow J., Mai 1914.) Verfasser hat bei 130 Kindern aus armen Bevölkerungsklassen, die meist schlecht genährt waren, die Wassermannsche Reaktion angestellt; 14 gaben positives Resultat und von diesen zeigten nur vier deutliche Zeichen von Syphilis. Es sind also etwa 10—11% der Kinder von Glasgow syphilitisch, ohne daß in der Mehrzahl der Fälle ein Einfluß auf das Allgemeinbefinden nachweisbar ist.
R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Die Wassermannreaktion unter den geisteskranken Negern von Alabama, von R. Ivey. (M. Record, 18. Okt. 1913.) Unter 706 Patienten, die der Blutuntersuchung unterzogen wurden, hatten 64 an Pellagra gelitten, von denen 25 positive Reaktion zeigten. 17 Fälle von allgemeiner Lähmung gaben alle positive Reaktion. Im ganzen fanden sich 192 Kranke mit positivem Wassermann, von denen die Hälfte, 97, klinische Zeichen der Syphilis darboten. W. Lehmann-Stettin.

Reaktionsumschläge bei wiederholter Wassermann-Reaktion, von G. Seiffert und C. Rasp-München. (Arch. f. Hyg., 1913, Bd. 79, H. 6.) Die Verfasser haben in langen Versuchsreihen festzustellen gesucht, ob und inwieweit sich bei einem Serum, das zu diagnostischen Zwecken speziell bei Syphilis dienen soll, bei mehrfachen Untersuchungen und nach längerem Aufbewahren die Komplementbindungsreaktion (Wassermann, Neisser, Bruck) ändert. Es kann hier nur das Resümee der sehr gründlichen Arbeit wiedergegeben werden: 1. Frisch entnommene Sera, die eine negative Reaktion mit allen oder einzelnen Extrakten zeigen, können bei Wiederholung der Untersuchung verstärkt werden — recht häufig bis zu glatt positiver Reaktion. 2. Es handelt sich hierbei stets um sichere Luesfälle, teils sehr alte, teils ganz frische, teils behandelte. Lasch-Breslau.

Über die Verwendung großer Serumdosen zur Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion, von Reinhold Ledermann. (M. Kl., 1913, Nr. 50.) Ledermann hat die von Kromayer und Trinchese angenommene Methode des „verfeinerten Wassermann" nachgeprüft, und es scheint ihm zur Erhöhung des Wertes der Reaktion besonders wichtig, die Dosis der bisher üblichen Serummengen von 0,1—0,4 zu erhöhen. Unter 962 Untersuchungen mit erhöhter Dosis hat Ledermann nur einmal eine positive Reaktion bei einem Nichtsyphilitiker beobachtet. Sonst gelang es, in 173 Fällen sicherer Lues das Resultat zu klären. In 111 Fällen zweifelhafte oder schwach positive Reaktionen in starke, in 62 Fällen vollkommene negative Resultate in positive umzuwandeln. Trotzdem warnt Ledermann davor, aus dem Negativbleiben auch des verfeinerten Wassermann immer bindende Schlüsse auf Heilung zu ziehen. Lasch-Breslau.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über die Behandlung der merkuriellen Stomatitis mit Salvarsan im Vergleich mit anderen Behandlungsmethoden, von Johan Almkvist-Stockholm. (Nord. m. Arkiv, 1914, Heft 1—4, Nr. 27.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: daß Mundspirochäten ein ätiologisches Moment der merkuriellen Stomatitis bilden können, daß sie aber kein notwendiger Moment sind, indem eine merkurielle Stomatitis sich auch ohne Mundspirochäten entwickeln kann, daß im letzten Falle keine Einwirkung von einer Salvarsanbehandlung auf die Stomatitis zu erwarten ist, daß aber in den Fällen, wo die Mundspirochäten eine ätiologische Rolle spielen, Salvarsanbehandlung durch Spirochätentötung heilend auf die Stomatitis einwirken kann, daß sowohl die intravenöse wie die lokale Salvarsaninjektion auf die Stomatitis einwirken kann, manchmal die letzte kräftiger, und daß seine Beobachtungen nicht für eine Einwirkung des Salvarsans auf die Bacilli fusiformes sprechen. Chrzelitzer-Posen.

Tragbare Lichtquelle für endoskopische Instrumente, von Nicola Carraro. (Riforma med., 1914, Nr. 18.) Beschreibung des Apparates. R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Verschiedenes.

Zwecks **Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten**, hat das Kriegsdepartement der nordamerikanischen Union folgendes verordnet:

Kommandierende Offiziere haben dafür zu sorgen, daß Mannschaften, welche sich der Gefahr der Ansteckung durch venerische Krankheiten aussetzen, sofort nach Rückkehr in das Lager oder in die Garnison, sich im Spital oder der Ambulanz den prophylaktischen Maßregeln zu unterwerfen haben, welche vom Generalarzt vorgeschrieben sind. Jeder Soldat, welcher diese Verordnung nicht befolgt, soll wegen Pflichtverletzung vor das Gericht gestellt werden.

Die noch immer zunehmende Verbreitung der **Pellagra** in den Vereinigten Staaten von Nordamerika zeigt sich neuestens besonders in Tennessee und Mississippi. In dem letzteren Staate wurden im Mai 1913 bloß 261 Fälle, im Mai 1914 aber 1238 Fälle gezählt.

Das Georgia State Sanitarium in Milledgeville, Ga., wurde von der nordamerikanischen Regierung als **Forschungsinstitut für Pellagra** bestimmt.

Dr. Erwin Klausner, Assistent der deutschen dermatologischen Klinik in Prag, hat sich als Privatdozent für Haut- und Geschlechtskrankheiten habilitiert.

Die Oberärzte Prof. Rudolf Polland in Graz und Dr. Otto Schindler in Wien wurden zu Regimentsärzten befördert.

Dr. Leopold Arzt, Assistent der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis (Prof. Riehl) in Wien, ist als Oberarzt d. R. und Kommandant des Epidemiespitales Nr. 1 in Krakau tätig.

Geh. Med.-Rat Prof. Karl Posner in Berlin feierte am 16. Dezember den 60. Geburtstag. Die Herausgabe einer von der Zeitschrift für Urologie geplanten Festschrift mußte infolge der Kriegsereignisse unterbleiben.

Prof. Salomon Ehrmann, Vorstand der II. Syphilis-Abteilung im k. k. Allgemeinen Krankenhause in Wien, feierte am 19. Dezember den 60. Geburtstag.

Oberstabsarzt Geh. Med.-Rat Prof. August von Wassermann-Berlin, Stabsarzt Dr. Emil Meirowsky-Köln, Unterarzt Dr. Kurt Jessner, Assistent der dermatologischen Klinik in Breslau, Oberarzt Dr. Max Jessner, Assistent der dermatologischen Klinik in Bern, und Dr. Erich Wossidlo-Berlin haben das Eiserne Kreuz erhalten.

Von den in letzter Zeit an der dermatologischen Universitätsklinik zu Leipzig praktisch und literarisch tätig gewesenen Ärzten, haben das Eiserne Kreuz erhalten Dr. Arno Bellmann, Dr. Ludwig Bürger, Dr. Gustav Freytag, Dr. Rudolf Gieseler, Dr. Jakob Hörmann, Dr. Friedrich Krause, Dr. Hans Marx und Dr. Wilhelm Wolff.

Dr. August Pöhlmann, Assistent der dermatologischen Poliklinik in München, wurde als Bataillonsarzt in einem Gefechte bei Lunéville verwundet.

Dr. Sophus Engelsted, gewesener Universitätsdozent und Oberarzt am Kommune-Hospital in Kopenhagen, ist gestorben.

Hofrat Dr. Max Höfler, Kurarzt in Bad Tölz und hervorragender Forscher auf dem Gebiete der deutschen Volksmedizin, ist gestorben.

Der Urologe Dr. Friedr. Straus in Frankfurt a. M. ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

9. Januar 1915 | Nr. 2 | Band 60

Aus der dermatol.-venereologischen Klinik der Kgl. Universität Sassari.

Über einen Fall von Erythema induratum Bazin.

Von

Prof. Dr. P. L. Bosellini, Direktor der Klinik.

(Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. med. K. Rühl, Turin.)

(Mit 1 Abbildung.)

Ich will durch diese wenigen Zeilen einen Beitrag zur klinischen Kenntnis des Bazinschen Erythema induratum liefern und zeigen, wie dieses mit einer Morphologie auftreten kann, die von dem bekannten klassischen Typus, mit seinen zwei morphologischen Varietäten, nämlich der einfachen entzündlich nodösen Form Bazins und der Hutchinsonschen Form mit entzündlichem nodösem, nekrotisch-ulzerösem Charakter, abweichen kann.

I. R., 19jähriges Mädchen, aus Bologna. Weist die somatischen Charaktere einer Skrofulösen auf. Es hat vor einigen Jahren eine exsudative Pleuritis durchgemacht. Gegenwärtig hat es einen unzweifelhaft spezifischen Spitzenkatarrh und hustet; es sind noch Reste der früheren Pleuritis nachweisbar. Eine Schwester von ihr hat ebenfalls an einer exsudativen Pleuritis gelitten und ist ebenfalls skrofulös.

Die gegenwärtige Dermatosis ist im Frühjahr des vorigen Jahres, also als Patientin 18 Jahre alt war, aufgetreten, und zwar in Form einer knotigen und pustulösen Eruption, die nach einem Monat spontan ausheilte und nur eine Pigmentierung ohne Infiltration hinterließ.

Im Herbste desselben Jahres zeigte die Krankheit einen neuen ziemlich lebhaften Aufschub von demselben Typus wie früher, es trat nach kurzem eine Besserung ein, die Dermatose verschwand aber nicht vollständig, sondern dauerte den ganzen Winter in Form von einer schwachen, fast schmerzlosen Infiltrierung mit wenigen Pusteln fort und erfuhr im vorigen Frühjahr plötzlich eine neue Reakutisierung, die sich nicht nur örtlich durch eine Verschlimmerung der objektiven und subjektiven (Schmerzen) Erscheinungen bemerkbar machte, sondern auch von allgemeinen Beschwerden (Unwohlsein, Kopfschmerzen, Fieber) begleitet war.

Die Dermatose hat an den unteren Gliedmaßen ihren Sitz und zwar erstreckt sie sich mit perfekter Symmetrie über das untere Drittel beider Extremitäten, wobei sie auf der hinteren Seite stärker als auf der vorderen entwickelt ist. Die Gliedmaßen erscheinen infolge der Dermatose geschwollen und verdickt; die Fußspanne ist deformiert, und die Dermatose umgibt sie gürtelartig bis zum unteren Ende der Waden hinauf.

Die Dermatose besteht aus einer entzündeten Zone, in der sich eine bläulichrote, mit einer scharlachroten Färbung abwechselt; die Oberfläche ist uneben, d. h.

Digitized by Google

sie zeigt eine Reihe von warzenartigen Erhabenheiten, die durch Furchen voneinander getrennt sind, und denen eine bedeutende, ziemlich konsistente dermo-epidermale Infiltrierung in Form von erbsen- bis haselnußgroßen, auf Druck schmerzhaften, ziemlich deutlich voneinander getrennten, knotenartigen Herden entspricht.

Auf dieser Basis sind hier und da farblose, eingesunkene Narben und Pigmentierungen sichtbar, die höchstens die Größe einer kleinen Linse erreichen. Was aber besonders auffällt, das ist eine bedeutende Menge von hirsekorn- oder hanfsamengroßen, konischen oder genabelten papulo-pustulösen Gebilden, die von einem ausgesprochenen kongestiven Vorhof umgeben und mit violetten, von Schuppen resp. Krusten bedeckten papelnähnlichen Gebilden durchmengt sind, welche das Austrocknungsstadium der pustulösen Gebilde darstellen. Dazwischen sieht man auch achromische und pigmentierte narbige Formen, die das Endstadium der obigen Gebilde darstellen. Alle genannten Elemente haben einen follikulären Sitz.

Während des Monats, in dem ich die Dermatose unter Beobachtung hielt, schien das Leiden unter dem Einflusse der Ruhe und der Emollientia keine bedeutende Besserung zu erfahren; während die präexistierenden Elemente zur Resolution übergingen, traten immer wieder neue auf.

Patientin fieberte während eines ganzen Monats; das Fieber hatte einen kontinuierlichen remittenten, jedoch etwas unregelmäßigen Charakter.

Ich machte zu diagnostischem Zwecke eine subkutane Einspritzung von Alttuberkulin, auf welche eine Temperaturerhöhung bis auf 39,5° C und eine deutliche Steigerung der Kongestion der bereits erkrankten Hautstellen und das Auftreten neuer Pusteln folgten. Die Pirquetsche Kutireaktion fiel auch positiv aus.

Ich konnte wegen der Weigerung von seiten der Patientin keine Biopsie ausführen, und mußte mich darauf beschränken, mit einem scharfen Löffel einige pustulöse Elemente so tief wie möglich auszukratzen und einen Teil des gewonnenen Materials zwei Meerschweinchen unter die Haut des Abdomens einzuimpfen. Die Untersuchung des Materials ergab in bakteriologischer Beziehung keine interessanten Daten; der Befund war sowohl auf Kochsche Bazillen wie auf sonstige Mikroorganismen negativ.

Die beiden geimpften Meerschweinchen starben nach zwei Monaten unter dem Bilde einer sehr ausgesprochenen Unterernährung und zeigten beide bei der Autopsie eine sklerotische Hepatitis.

Diese klinische Beschreibung läßt wohl ohne weiteres die Diagnose: Erythema induratum Bazin zu. Dafür sprechen genügend die verschie-

Digitized by Google

denen erwähnten Umstände, nämlich: das Geschlecht und das Alter der Patientin, das unzweifelhafte Bestehen von einer tuberkulösen Infektion, der Sitz der Dermatose, der nodöse Charakter derselben, der klinische Verlauf, das Rezidivieren des Leidens und schließlich der positive Ausfall der Kutireaktion mit Tuberkulin, als daß ich noch besondere Beweisgründe anzuführen brauche.

Interessant ist meines Erachtens der Fall, weil mit der nodösen Form eine an den Mündungen der Follikeln lokalisierte eitrige Follikulitis vergesellschaftet ist, die mit der Hebraschen Acne scrofulosorum verglichen werden kann. Es scheint in meinem Fall eine enge Beziehung zwischen der nodösen und der follikulären Form zu bestehen, weil ein genaues Nebeneinanderliegen der beiden Formen wahrzunehmen ist und unter den Pusteln stets eine dermale und dermo-epidermale Infiltration nachweisbar ist. Der Fall ist somit in doppelter Beziehung bemerkenswert, indem in der Literatur, wenigstens soviel mir bekannt ist, nur selten Fälle von Vergesellschaftung des Erythema induratum mit pustulösen Formen vorkommen und kein Fall bekannt ist, in dem die pustulösen Elemente direkt auf den knotigen ihren Sitz hatten.

Colcott Fox hat einen Fall beschrieben, in dem, während an den Beinen typische Knoten existierten, an der dorsalen Seite der Finger einer Hand einige harte, tief gelegene, bewegliche Knoten vorhanden waren, die der Haut keine Färbung verliehen und sie nicht emporhoben; diese Knoten hatten, nach Colcott Fox's Behauptung, nicht das Aussehen von rheumatischen Knoten. An den Fingern waren ferner einige kleine erbsengroße Knötchen vorhanden, von denen einige pustulös waren.

In einem von Fournier beschriebenen Falle wies das Leiden eine ulzeröse Form auf; neben Ulzerationen und Narben beobachtete man an der anteroexternen Seite beider Beine kleine, hirsekorngroße oder auch etwas größere akneähnliche Elemente, mit vesiko-pustulöser Spitze, die von den Patienten als der Ausgangspunkt der Ulzerationen angegeben wurden.

Diese sind die zwei einzigen Fälle von Vergesellschaftung des Erythema induratum mit pustulösen Formen, die ich in der dermatologischen Literatur gefunden habe; es fehlte aber in beiden das Übereinanderliegen der Elemente der beiden Formen.

Eine Vergesellschaftung des Erythema induratum mit anderen tuberkulösen Hautleiden wurde hingegen von anderen Autoren beobachtet: so, eine Vergesellschaftung mit dem Lupus vulgaris und mit der Tuberculosis verrucosa von Kanitz, Fabry, Zieler, und eine solche mit papulo-nekrotischen Tuberkulosen von Gavazzeni, Grouven, Fabry, Lieb, Kren, Nobl,

Digitized by Google

Pick, Terebinsky, Riehl; mit dem Lichen scrophulosorum von Balzer und Landesmann, Möller, Zieler, Kyrle.

In meinem Fall nimmt die Vergesellschaftung der beiden Formen eine besondere Bedeutung infolge des genauen Übereinanderliegens der beiden Arten von Elementen an, denn man muß die Annahme ausschließen, daß es sich um eine reine hämatogene Aussäung von einem Virus handle, das aus unbekannten Ursachen bei einem und demselben Individuum morphologisch verschiedene Elemente erzeugt, und annehmen, daß es sich um eine Umwandlung der nodösen Elemente in pustulöse oder dieser in jene handle. Von einer derartigen Umwandlung von einer tuberkulösen Hautkrankheit in eine andre sind schon mehrere Fälle in der Literatur bekannt, und ich will hier nicht auf eine ausführliche Besprechung derselben eingehen, sondern mich mit der Besprechung der Pathogenese meines Falles beschäftigen.

In erster Linie kann man die Frage stellen, von welcher Natur sind die Pusteln meiner Patientin? Kann man an eine einfache Impetigoinfektion eines tuberkulösen Herdes durch gewöhnliche Eitererreger denken? Gegen die Annahme einer derartigen Infektion sprechen mehrere Umstände, und zwar: das Vorhandensein von Pusteln auf dem ganzen nodösen Infiltrationsfelde, das Fehlen von Pusteln auf den übrigen Hautgebieten, der ausschließliche follikuläre Sitz der Pusteln, das Rezidivieren eines und desselben akneähnlichen Typus von Elementen bei jeder Knoteneruption, das fortwährende Verschwinden von Elementen und Auftreten von neuen und schließlich der intensivere Ausbruch von Pusteln infolge der Einspritzung von Tuberkulin, und man muß annehmen, daß die Pusteln auf die tuberkulöse Infektion selbst zurückzuführen seien.

Nach dieser Feststellung drängt sich die Frage auf, ob die Pusteln auf eine Wirkung der Kochschen Bazillen oder auf eine solche seiner Toxine zurückzuführen ist. Daß der Tuberkelbazillus zuweilen eine pyogene Wirkung entfalten kann, darüber ist kein Zweifel möglich; die allgemeine Pathologie und die Hautpathologie haben es genügend bewiesen. Andererseits aber entfaltet der Kochsche Bazillus auch durch seine löslichen und unlöslichen Toxine mannigfache Wirkungen.

Die bazilläre Natur des Erythema induratum Bazin steht außer Zweifel. Dagegen ist die bazilläre Natur der Acne scrophulosorum, obwohl man heute zu dieser Annahme neigt, durchaus nicht bewiesen.

Ich habe, um wenigstens in meinem Fall Anhaltspunkte über die Pathogenese zu gewinnen, Impfungsversuche angestellt und weiter oben über deren Ergebnisse berichtet: die beiden geimpften Meerschweinchen gingen nach zwei Monaten unter dem Bilde einer starken Denutrition zugrunde und zeigten bei der Nekroskopie eine Hepatitis sclerotisans.

Digitized by Google

Bei der histologischen Untersuchung fand ich in der Leber weder tuberkulöse Knoten noch Tuberkelbazillen, dagegen aber eine Zirrhose, die in den portalen Räumen ihren Sitz hatte und die Lobuli hepatici invadierte.

Wenn es sich nun um die Bestimmung des Wertes dieses meines Befundes handelt, so beziehe ich mich auf die bekannten experimentellen Recherchen von Hanot und Gilbert und von Pilliet über die experimentelle tuberkulöse Leberzirrhose der Meerschweinchen, deren Ergebnisse mich dazu berechtigen, die Leberalterationen, die ich bei meinen Meerschweinchen fand, als tuberkulös anzusprechen. Abgesehen davon, können wir nicht den Toxinen und Endotoxinen, die aus den Tuberkelbazillen in tiefliegenden Knoten oder in viszeralen Tuberkuloseherden frei werden, die Fähigkeit absprechen, mit den erwähnten identische Läsionen hervorzurufen (Ostrowsky).

Was die Evolutionsbeziehungen zwischen den Knoten und den Pusteln anbelangt, so schien in dem Falle Fourniers die Entstehung der Pusteln derjenigen der Knoten vorauszugehen, während in meinem Falle das Umgekehrte geschah. In dieser Beziehung erinnert mein Fall an das, was ich in einem Fall von pustulöser Hauttuberkulose beobachtete, den ich bereits 1910 veröffentlichte, und in dem auf jedem lupoiden Knoten des Gesichtes follikuläre Pusteln vorhanden waren. Auf welchen pathogenetischen Mechanismus und auf welche biologischen Aktivitäten des Bazillus diese Erscheinung zurückzuführen ist, muß vorläufig dahingestellt bleiben.

Schlußfolgerungen.

Es gibt eine Form von Erythema induratum Bazin, die von eitrigen Follikulitiden begleitet ist, die ätiologisch und klinisch in strenger Beziehung zu den spezifischen Knoten stehen.

Literatur.

Colcott Fox, Brit. J. of Derm., London, 1893. — A. Fournier, Société de Derm., 1899, S. 124, Maladie de Bazin usw. — Kanitz, Sitzungsberichte d. med. Sektion d. Siebenbürg. Museumsvereins, 1908, Bd. 28, S. 162. — Fabry, Journal, n. 299. — Zieler, Würzb. Ärzteabend, 23. V. 1911; 28. XI. 1911. — Gavazzeni, Mh. f. pr. Derm., 1909, Bd. 49. — Grouven, Arch. f. Derm., 1910, Bd. 100. — Fabry, Dortmund, 16. V. 1911. — Bier, W. m. W., 1913, Nr. 38. — Kren, Arch. f. Derm., 1909, Bd. 98. — Nobl, Arch. f. Derm., 1909, Bd. 98, S. 128. — Pick, Arch. f. Derm., 1910, Bd. 102. — Zerebinsky, Arch. f. Derm., 1911, Bd. 108. — Riehl, Arch. f. Derm., 1909, Bd. 90. — Balzer u. Landesmann, Société dermat. franç., 1903. — Möller, Arch. f. Derm., 1909, Bd. 97. — Kyrle, Arch. f. Derm., 1909, Bd. 96. — Bosellini, Giorn. ital. delle mal. vener., 1910.

Digitized by Google

Die Wirkung des Höllensteins.

Von

P. G. Unna.

I.

(Fortsetzung und Schluß.)

Wenn die mitgeteilten Untersuchungen den Mechanismus der Ätzung mit Silbernitrat wohl etwas geklärt haben, so verhehle ich mir durchaus nicht, daß man sie keineswegs bereits auf die in praxi vorkommenden Fälle ohne weiteres übertragen kann. Vor allem liegen hier die Verhältnisse so, daß an der Haut viel stärkere Konzentrationen des Höllensteins als 1 % in Betracht kommen, z. B. Pinselungen mit dem 5 %igen Spiritus argenti oder Tuschierungen mit dem Höllensteinstift. Andererseits verfügt der Organismus nur über eine sehr schwache 0,8 %ige Kochsalzlösung, während es sich herausgestellt hat, daß das gebildete Silberalbuminat den Schnitten rasch und vollkommen nur durch starke NaCl-Lösung entzogen werden kann, viel langsamer und unvollkommen durch schwache Lösungen. Während wohl sicher die chemischen Umsetzungen im Gewebe auch unter diesen praktisch vorkommenden Verhältnissen gleicher Art sein werden, z. B. auch dann gewiß dasselbe indifferente, wasserlösliche, reduzierende Eiweiß die erste Beute des Höllensteinangriffs ist, so mögen doch die mechanisch-physikalischen Verhältnisse wesentlich andere sein, als in den geschilderten Versuchen an Schnitten. Die Versuche müssen daher noch vielfach modifiziert, den Erfordernissen der Praxis angenähert und hauptsächlich durch Versuche am Lebenden ergänzt werden, eine Aufgabe, die mich zurzeit beschäftigt.

Nehmen wir aber einmal an, daß diese zukünftigen Versuche analoge Ergebnisse haben und im großen und ganzen die Schumachersche Theorie der Tiefenwirkung des Silbernitrats bestätigen würden. Wir hätten dann in der auf Schumachers Versuche sich gründenden Form der Membrantheorie der Höllensteinwirkung insofern eine wesentliche Erweiterung der älteren Membrantheorie zu sehen, als sie die Möglichkeit erkennen läßt, daß die Membran aus Silberalbuminat nicht nur nach außen abgestoßen, sondern auch nach innen aufgelöst und resorbiert werden kann. Aber auch in dieser erweiterten Form genügt die Membrantheorie noch durchaus nicht zur Erklärung der Gesamtheit unserer praktischen Höllensteinerfahrungen. Denn eine langsam und schichtweise fortschreitende Wirkung wiederholter Höllensteinätzungen ist noch nicht das, was wir von einer unmittelbar eintretenden Tiefenwirkung bei zahlreichen Pinselungen,

Digitized by Google

Irrigationen und Ätzungen beobachten und in eigentlichem Wortsinne unter „Tiefenwirkung“ verstehen.

Für die Erklärung dieser alltäglich zu beobachtenden echten Tiefenwirkung kommt man nach meinem Dafürhalten nicht aus ohne eine ältere Theorie, welche man im Gegensatz zur Membrantheorie die „Theorie der Sauerstoffsäure“ nennen kann. Im Jahre 1899 habe ich dieselbe ausführlicher begründet[1]) und damit dem Höllenstein, wie ich glaube, den ihm gebührenden Platz unter den Sauerstoffmitteln angewiesen. Nach Erörterung der Wirkung der Salpetersäure als unseres stärksten Sauerstoffmittels sagte ich damals:

„An die Salpetersäure schließen sich eng an die beiden salpetersauren Salze, das Argentum nitricum und das Hydrargyrum nitricum oxydulatum. Es wird vielen auffallend scheinen, diese Salze hier und nicht den übrigen Metallsalzen angereiht zu finden, da man pharmakologischerseits gewohnt ist, die Ätzwirkung des Höllensteins aus seiner Verwandtschaft zu den Eiweißstoffen und seine Hauptindikation in der Herstellung einer Decke aus Silberalbuminat zu erklären. Hierbei werden aber mehrere Tatsachen übersehen, die dem Silbersalpeter eine ganz eigene Stellung unter den Metallsalzen einräumen. Mit der Bildung des Silberalbuminates ist es bekanntlich nicht allein geschehen, denn das Silber als edles Metall hat die Neigung, sich dieser Verbindung zu entziehen und dabei wird wiederum Salpetersäure und Sauerstoff frei; das Metalleiweiß ist also nur eine Art Reservoir für eine allmähliche Sauerstoff- und Säureabscheidung, während nach Beobachtungen an Silberarbeitern dem reduzierten Metall keine irgendwie erheblichen Wirkungen mehr zukommen. Man übersieht weiter, daß wir in der Praxis auch nur wenig mit der vorübergehend sich bildenden Decke rechnen, sehr dagegen mit dem nachhaltigen entzündungswidrigen und desinfektorischen Einfluß, der sich nur auf die weitere Arbeit der Salpetersäureprodukte beziehen läßt. Man übersieht endlich, daß gerade die Ätzwirkung unter allen Silbersalzen nur dem Silbersalpeter zukommt und daß seine desinfektorische Kraft noch in Verdünnungen ausgeübt wird, wo von Bildung einer Decke durch Eiweißfällung keine Rede mehr sein kann. Wir haben mithin beim Höllenstein die Eigenschaft der Häutchenbildung . . . streng von seiner Eigenschaft als Salpetersäurereservoir zu unterscheiden.“

Diese Theorie der Höllensteinwirkung ist, soviel ich weiß, von den Pharmakologen nicht beachtet worden. Ich benutze daher die Anregung, die mir die Schumacher'sche Arbeit gibt, dieselbe durch den Nachweis

[1]) Unna, Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten. Separatabzug aus Eulenburgs Allgemeiner Therapie, S. 818. Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien.

Digitized by Google

der frei werdenden Salpetersäure und ihrer Produkte zu vervollständigen und fester zu begründen.

Zum Nachweis der Salpetersäure dienten mir zwei einfach anzustellende Methoden, die Jodstärke- und die Diphenylaminprobe.

Jodstärkeprobe.

Dieselbe kann zum Nachweis von Salpetersäure, salpetriger Säure und ihrer Salze dienen. Man versetzt die betreffende Flüssigkeit mit einer Mischung von Jodkaliumlösung und verdünnter Schwefelsäure und fügt etwas gelöste Stärke hinzu. Tritt dann sofort Blaufärbung auf, so handelt es sich um salpetrige Säure

$$2HNO_2 + 2JH = 2NO + 2H_2O + J_2,$$

da Salpetersäure und salpetersaure Salze aus der freigemachten Jodwasserstoffsäure kein Jod abscheiden und keine blaue Jodstärke bilden. Diese entsteht beim Vorhandensein von Salpetersäure und ihren Salzen erst, wenn man ein Stückchen metallischen Zinks hinzugibt, welches bei seiner Lösung die Salpetersäure zu salpetriger Säure reduziert:

$$HNO_3 + Zn + H_2SO_4 = HNO_2 + ZnSO_4 + H_2O.$$

Tritt also in unserem Falle in der betreffenden Eiweißlösung erst bei Zinkzusatz Blaufärbung auf, so kann es sich entweder um unzersetztes Silbernitrat oder abgeschiedene Salpetersäure handeln. Die Entscheidung hierüber gibt eine vor der Jodstärkeprobe anzustellende Silbernitratprobe.

Man gibt zunächst so viel Höllensteinlösung zur Eiweißlösung hinzu, daß eine kleine von dem entstehenden Niederschlag abfiltrierte Probe mit Kochsalz oder Salzsäure bereits den bekannten Chlorsilberniederschlag oder mit Kalibichromat einen Chromsilberniederschlag gibt. Dann fügt man noch etwas von derselben Eiweißlösung zu der ersten Mischung hinzu, die den Überschuß an Höllenstein bindet. Eine dann abfiltrierte Portion darf mit Kochsalz usw. keinen Niederschlag bilden, sonst muß man mit dem Zusatz von Eiweißlösung fortfahren. Sollten diese Filtrationen allzu langsam vor sich gehen, so kann man sie, ohne das Resultat zu beeinträchtigen, durch Zusatz von etwas Alaunlösung zur Eiweißlösung beschleunigen. Gibt das Filtrat keinen Chlorsilber- resp. Chromsilberniederschlag mehr, so ist in der Eiweißlösung kein freies Silbernitrat mehr vorhanden. Kann man nun durch die Jodstärkereaktion mit Zinkzusatz in diesem Filtrat der Eiweißlösung Blaufärbung nachweisen, so enthält dieselbe freie Salpetersäure.

Diphenylaminprobe.

Auch die Reaktion mit Diphenylamin ($NH[C_6H_5]_2$) entsteht sowohl bei Gegenwart von Salpetersäure und salpetersauren Salzen wie bei der

Digitized by Google

von salpetriger Säure. Vor Anstellung derselben muß man sich mithin durch die Chlorsilber- oder Chromsilberprobe ebenfalls vergewissern, daß in dem Filtrat der Höllenstein-Eiweißmischung unzersetztes Silbernitrat nicht mehr vorhanden ist.

Man stellt sich eine Lösung her von 0,02 Diphenylamin in 20 ccm 25 %iger Schwefelsäure, die dann mit reiner konz. H_2SO_4 auf 100,0 g aufgefüllt wird. Mit einem ccm von diesem Reagens, das sich in einem Schälchen befindet, mischt man 1—2 Tropfen des zu untersuchenden Filtrates. Tritt Blaufärbung ein, so enthält das Filtrat Salpetersäure oder salpetrige Säure.

Diese Probe ist also nur wertvoll als Bestätigung der Zersetzung des Silbernitrats durch Eiweiß, gibt aber nicht wie die Jodstärkeprobe Aufschluß darüber, ob die frei gewordene Salpetersäure sich nachträglich zu salpetriger Säure reduziert hat.

Mit Hilfe dieser Reaktionen wurden nun Mischungen von Silbernitrat mit verschiedenen Eiweißen, nämlich Hühnereiweiß, Pferdeserum und Milzbrei (vom Kalbe) untersucht.

Alle drei vom Silberalbuminat abfiltrierten Flüssigkeiten gaben mit der Diphenylaminprobe ein positives Resultat, enthielten also salpetrige, resp. Salpetersäure.

Die Jodstärkeprobe zeigte insofern einen Unterschied zwischen den eiweißhaltigen Flüssigkeiten einerseits und dem Gewebsbrei andererseits, daß bei jenen erst der Zinkzusatz die Blaufärbung hervorrief, während dieselbe beim Milzbrei ohne Zuhilfenahme von Zink eintrat. Hühnereiweiß und Pferdeserum enthielten mithin nach Behandlung mit Silbernitrat freie Salpetersäure, der Milzbrei dagegen vermochte die Salpetersäure weiter zu salpetriger Säure zu reduzieren.

Es kann also keinem Zweifel mehr unterliegen, daß bei der Bindung des Höllensteins durch das Eiweiß des Gewebes Salpetersäure frei wird und teils als solche, teils als salpetrige Säure zur Resorption gelangt. Damit sind aber die Bedingungen zu allen Symptomen gegeben, die man als Tiefenwirkung des Höllensteins bezeichnen kann: nachhaltiger Schmerz, Verbesserung der stockenden Blutzirkulation, Abschwellung entzündlicher Schwellungen usw. Diese „Tiefenwirkungen“ sind aber allgemein die Wirkung der Sauerstoffsäuren [1]).

Wenn man mithin die Wirkung des Höllensteins zweckmäßigerweise derjenigen der Sauerstoffsäuren angliedert, so soll damit durchaus nicht geleugnet werden, daß der Silberkomponente des Höllensteins eine wesentliche Bedeutung zukommt. Als ich die Theorie der Sauerstoffsäurewirkung

[1]) Salpetersäure, Chromsäure, Pikrinsäure, Permangansäure, Perchlorsäure usw.

Digitized by Google

des Höllensteins aufstellte (1899), war über die Wirkung des Silbermetalls noch wenig bekannt. Wir haben seitdem gelernt, daß dasselbe — und nicht nur in Ionenform — erhebliche Wirkungen in therapeutischer Beziehung entfalten kann. Diese treten aber, da sie in gleicher Richtung wie die der oxydierenden Salpetersäure liegen, beim Höllenstein in ihrer Besonderheit weniger deutlich zutage. Das ist ganz anders, wenn das Silber mit einer reduzierenden Säure, z. B. der Ichthyolsulfonsäure im Ichthargan, verbunden ist. Die prächtigen und in ihrer Art geradezu einzigen Wirkungen dieser Verbindung lassen sich gerade[1]) aus dem Gegensatz der Komponenten ableiten und das Besondere des Silbergehalts tritt hier viel besser in die Erscheinung als beim Höllenstein.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Zur Frage des verfeinerten Wassermann mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten paradoxen Sera, von Fr. Graetz-Hamburg. (M. Kl., 1913, Nr. 45 bis 46.) Verfasser erklärt zunächst den Ausdruck „paradoxe Sera" und betont, daß für ihn ein entstehender Reaktionskörper außerhalb des Organismus als absolut ausgeschlossen gilt; bei absolut steriler Gewinnung und entsprechend zweckmäßiger Aufbewahrung der Sera ändern dieselben auch bei mehrmonatlichem Aufenthalt im Eisschrank ihre Reaktionsfähigkeit nicht, und auch innerhalb von Jahresfrist kommt ein Umschlag der Reaktion infolge einer biologischen Veränderung der Serumbeschaffenheit nicht zustande. Absolut negative Sera, das heißt von Nichtluetischen stammende, zeigen nie paradoxe Reaktionen, ebensowenig wie absolut positive, wenn auch diese letzteren vielleicht Änderungen in der Reaktionsbreite aufweisen. Die Domäne der paradoxen Sera sind die Sera von behandelten, zum Teil latenten und von beginnenden Syphilisfällen, das heißt Sera mit einem erst oder relativ noch geringen Gehalt an Reaktionskörpern. Es handelt sich wohl nicht um paradoxe Sera, sondern um paradoxe Reaktionen. In keinem Fall hat man die Berechtigung, an der Spezifizität der WR für Syphilis zu zweifeln; denn, wenn es sich bei dem Phänomen der „paradoxen Sera" um eine biologische Veränderung des Serums im Sinne einer Entwicklungsbildung von Reaktionskörpern außerhalb des Organismus handeln würde, dann müßte man eine gewisse Gesetzmäßigkeit des Phänomens beobachten können, während gerade das Sprunghafte und Unregelmäßige im Verhalten derartiger Sera das Charakteristische für diese Reaktionen ist. Auch haben Graetz und A. Alexander experimentell bewiesen, daß das Phänomen der „paradoxen Sera" in den Mängeln begründet ist, die heute noch der ziemlich allgemein geübten Technik der WR anhaften und in den Schwankungen der Komplementablenkbarkeit zu suchen sind. Ferner ist in Betracht zu ziehen, daß infolge der verschiedenen Modifikationen und Modifikätönchen der ursprünglichen Methode häufig sich differente Resultate ergeben. Dann kritisiert der Verfasser einige auf Ver-

[1]) Unna, Die Anwendung des Ichthargans in der Dermatologie. M. Kl., 1913, Nr. 30—31.

Digitized by Google

feinerung abzielende Modifikationen, z. B. die von Sachs und Altmann vorgeschlagene: „aktives Serum zu verwenden", welche ihm sehr gute Resultate geliefert, das heißt den Prozentsatz der positiven Reaktion bei sicheren Syphilitikern vermehrt hat. Details über die Technik des Verfassers und die verschiedenen Methoden, in bezug auf Normalambozeptoren usw., müssen im Original nachgesehen werden. Graetz erhofft sehr viel von den Bestrebungen, einheitliche Extrakte (eventuell den Cholesterinextrakt) einzuführen, besonders, wenn gleichzeitig durch quantitative Ausführung der WR die Technik auf eine einheitliche Basis gestellt wird. Lasch-Breslau.

Zur Frage der Verschärfung der Wassermannschen Reaktion, von Franz Blumenthal. (B. kl. W., 1914, Nr. 28.) Verfasser unterzieht die verschiedenen Methoden, die behufs Verschärfung der Wassermannschen Reaktion angewendet worden sind (Cholesterinisierung der Extrakte, Verwendung aktiven Serums anstatt des inaktivierten, Bariumsulfatausfällung, Kaolinbehandlung, Erhöhung der Serummenge) einer Kritik, kommt hierbei aber zu dem Schluß, daß wir zurzeit keine Methode besitzen, um die Serumdiagnostik der Syphilis zu verschärfen. Alle Methoden, durch die wir eine nicht unerhebliche Verstärkung der Reaktion hervorbringen können, machen gleichzeitig die Wassermannsche Reaktion zu einer unspezifischen. Viel wichtiger zur Vermeidung von Fehlresultaten ist einmal die Untersuchung großer Reihen von Seren auf einmal und andererseits die Untersuchung mit mehreren Extrakten, wobei es gleichgültig ist, welche Herkunft dieselben haben. E. Klemm-Leipzig.

Methoden der Verbesserung der Genauigkeit und Empfindlichkeit der Wassermannschen Reaktion, von F. H. Thiele und D. Embleton-London. (Lanc., 21. Februar 1914.) Gegen die Verwendung von Cholesterin bei der Wassermannschen Reaktion wenden Verfasser ein, daß dasselbe nicht als ein Antigen, sondern nur hemmend auf das Komplement wirkt und in vielen Fällen irrige Resultate, wie sie solche in einer tabellarischen Übersicht einer Untersuchungsreihe zusammengestellt haben, liefert. Sie hatten Gelegenheit, die Leber eines während der Geburt gestorbenen syphilitischen Fötus in frischem Zustand zu untersuchen. Das reichlich spirochätenhaltige Organ zeigte bemerkenswerterweise zunächst so gut wie gar keinen, nach erfolgter Autolyse dagegen ausgiebigen Antigengehalt (Tabelle). Verfasser folgern hieraus, daß der autolytische Abbau und nicht der Spirochätengehalt eines Organes dessen Antigenwert bedingt. Sie haben daraufhin aus frischen Herzen und Nieren von Tieren durch Trocknen in vacuo und durch Autolyse mit einer einfachen Behandlung ein Antigen gewonnen, das sie als ein gereinigtes Phosphatid mit einem Stickstoff-Phosphorverhältnis von N_1P_1 bezeichnen. Dasselbe, in Methylalkohol gelöst, gestattet ein sehr bequemes Arbeiten und ist nicht antikomplementär. Nach der von Verfassern geübten Methode wird nun ihrer Darlegung nach eine Steigerung der Reaktionsempfindlichkeit erzeugt, indem sie: 1. die Menge des verwendeten Komplementes auf das anderthalbe des Quantums, welches vollständige Hämolyse bewirkt, vermindern; 2. indem sie große Mengen, ein halbes Kubikzentimeter oder mehr, von inaktiviertem syphilitischem Serum verwenden; 3. indem sie 50—100 Einheiten des Antigens verwenden. Auf diese Weise werde es vermieden, daß rein antikomplementäre Erscheinungen irgend welche störende Rolle spielen.

Philippi-Salzschlirf.

Ein Verfahren zur Steigerung der Genauigkeit und Empfindlichkeit der Wassermannschen Reaktion, von F. H. Thiele und D. Embleton-London. (Lanc., 11. Apr. 1914.) Zur Herstellung des Antigens verwenden Verfasser ein Ochsenherz, das nach Entfernung von allem Fett und feiner Zerkleinerung auf 24—36 Stunden der Autolyse überlassen wird. Nach dem Trocknen und Extrahieren mit absolutem Alkohol, Äther und Azeton in der mit allen Einzelheiten geschilderten Weise ergibt sich ein Pulver,

Digitized by Google

das in Methylalkohol aufgeschwemmt mindestens 12 Monate lang unverändert haltbar ist. Verfasser schildern auch die Proben, welche sie ausführten, um eine Standardisierung dieses Antigens in bezug auf den hämolytischen Faktor, den antikomplementären und den antigenischen Faktor zu bewirken. Desgleichen geben sie eine tabellarische Zusammenstellung von Bestimmungen für die Standardisierung von Ambozeptor und Komplement. Die Arbeit enthält sehr viele im Referat nicht wiederzugebende Details.

Philippi-Salzschlirf.

Quellen von Irrtümern bei der Wassermannschen Reaktion, von Chester T. Stone-New York. (New York m. J., 20. Juni 1914.) St. zählt eine ganze Reihe von Ursachen auf, welche in mangelhafter Beschaffenheit der benutzten Reagentien liegen und zu Irrtümern in der Auslegung der Wassermannschen Reaktion führen können. Ungenügende Titrierung und ebenso Standardisierung der Reagentien scheinen die Hauptfehlerquellen zu sein und sollten bei genügender Sorgfalt vermieden werden; die Ausführung der Reaktion selbst erklärt St. für eine einfache, wenn nur einige Wochen Laboratoriumsarbeit unter sachgemäßer Leitung zur Erlernung verwendet worden sind.

Stern-München.

Versuche über die Wassermannsche Reaktion, von Carl Sternberg-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 18.) Eine Serie von Wassermann-Untersuchungen, bei der neue Pipetten zur Verwendung kamen, ergab komplette Hemmungen im Gegensatz zu den Resultaten, die bei der Verwendung alter Pipetten erreicht wurden. Eine Reihe Versuche ergab den Schluß, daß in den neuen Pipetten irgend eine Substanz vorhanden war, die lediglich gemeinsam mit Serum und Antigen, nicht aber nur mit einem dieser beiden Körper, in irgend welcher Weise die Auflösung des Hammelblutes im hämolytischen System behinderte. Eine chemische Untersuchung von warmem Wasser, mit dem die Pipetten behandelt wurden, ergab eine ziemlich starke Phenolphtaleinreaktion. Eine Reihe weiterer Versuche sollte feststellen, wodurch die Wirkung der nachgewiesenen Alkalien bei dem Verlauf der Wassermannschen Reaktion zustande kommt. Doch mußte diese Frage offen bleiben, weil sowohl physikalische wie chemische Wirkungen dabei im Spiele zu sein schienen.

W. Lehmann-Stettin.

Eine quantitative chemische Reaktion zur Kontrolle positiver Wassermannscher Reaktionen. Dritte Mitteilung von M. Kaplan-New York und J. E. Mc Clelland-New York. (New York m. J., 22. Nov. 1913.) Verfasser betrachten einen Amino-Stickstoffgehalt im Serum als normal, wenn er auf 100 ccm 2,8 mg oder mehr beträgt, als zweifelhaft bei 2,3—2,8 mg und als sicheren Beweis für Syphilis, wenn er weniger als 2,3 mg beträgt und die Wassermannsche Reaktion positiv ist. Genaue Beschreibung der Technik und der dazu notwendigen Apparate, tabellarische Übersicht der untersuchten Fälle, von welchen die Gruppe mit fehlenden klinischen Symptomen von Lues (II) und positivem Wassermann besonders wichtig ist; erst die Untersuchung auf den Amino-Stickstoffgehalt im Serum, der bei dreien unter den zwölf Fällen ein verminderter war, konnte als sicherer Maßstab für die Diagnose angenommen werden. Bei positivem Wassermann und Fehlen jeglicher syphilitischer Symptome dürfte also eine derartige Kontrolluntersuchung von großer Wichtigkeit sein.

Stern-München.

Über ein Mittel, um gewisse Störungen bei der Wassermannschen Reaktion auszuschalten. Die Absorption der hämolytischen Ambozeptoren, von Nicol. Bettencourt. (Arqiv do instituto bacteriol. camara pestana, Lissabon 1913, Bd. 4, H. 1.) Ausgehend von den bekannten, auch vom Verfasser in einem speziellen Fall gemachten Beobachtungen, daß das Serum eines manifestsyphilitischen Menschen keine positive WR gab, suchte der Verfasser den Grund für dieses Phänomen festzustellen und wurde durch den enormen Gehalt des fraglichen Serums an Normalambozeptoren für Hammel-

Digitized by Google

blut speziell zu Untersuchungen über die Bedeutung der hämolytischen Faktoren für den Ausfall der WR geführt. Bei elektiver Absorption der Ambozeptoren war bei dem fraglichen Serum ein positives Resultat zu erzielen gewesen, wo die Originaltechnik ein negatives Resultat bedingt hatte. Daran anschließende systematische Versuche ergaben des weiteren, daß die Absorption der Normalhämolysine unter Umständen eine Verfeinerung der Reaktion bedeuten kann, ohne daß jedoch die größere Müheaufwendung im Verhältnis stünde zur Erhöhung der Zahl positiver Reaktionen. Störungen verursacht indessen der Eingriff nicht. Verfasser redet der von ihm geübten Originaltechnik das Wort, während er nach eigenen Erfahrungen die Verwendung der Modifikationen nach Bauer und Noguchi nicht zu befürworten vermag. Graetz-Hamburg.

Der Wert der Absorptionsmethoden bei der Wassermannschen Reaktion, von Miriam P. Olmstead-New York. (M. Record, 21. Febr. 1914.) „Natürlicher Antihammelblutambozeptor ist häufig im menschlichen Serum vorhanden. Ein Überschuß von Ambozeptor bei der Wassermann-Probe kann fälschlicherweise negative Reaktionen geben. Durch die Absorption des natürlichen Ambozeptors wird die komplementbindende Kraft mancher Sera erhöht, besonders wenn man gewohnt ist, den Ambozeptor lange einwirken zu lassen. Wenn die Ablesung indes geschieht, sobald in den Kontrollen vollkommene Hämolyse eingetreten, dann macht ein Überschuß von Ambozeptor wenig Unterterschied." W. Lehmann-Stettin.

Untersuchungen über eine Reaktion luetischer Sera mit einem Jodölreagens, von Wilhelm Landau-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 42.) Da heute die Wassermannsche Reaktion als eine physikalisch-chemische betrachtet und auf kolloidale Fällung der Sera der Syphilitiker mit lipoiden Stoffen, die in den Organextrakten enthalten sind, zurückgeführt wird, hat Verfasser versucht, die physikalisch-chemische Zustandsänderung des Luesserums durch eine weniger umständliche Untersuchungsmethode sichtbar zu machen. Er hat Jodtinktur in Paraffinöl gelöst und mit dem zu untersuchenden Serum vermischt, wobei eine Entfärbung der Jodlösung eintrat, die bei den luetischen Seren bis zur vollkommenen Entfärbung sich steigerte, während die Mischung mit Normalseren eine gelbrote Färbung beibehielt. Zahlreiche Versuche an luetischen und nichtluetischen Fällen ergaben ungefähre Übereinstimmung mit dem gleichzeitig angestellten Wassermann. Später hat Verfasser an Stelle der Jodtinktur die entsprechende Menge reinen Jods abgewogen und in einigen Tropfen Alkohol gelöst dem Paraffin zugesetzt, und die der Reaktion zugrunde liegende differente Jodbindung nicht durch Beurteilung des Farbenunterschiedes des Reagens allein festgestellt, sondern durch Zusatz von gekochter Stärkelösung nach Ablauf der Reaktion. Das normale, noch ungebundenes Jod enthaltende Serum wird nach Zusatz von einigen Tropfen Stärkelösung tiefblauschwarz, während das luetische unverändert hellgelb bleibt. Kontrolluntersuchungen mit der Wassermannschen Originalmethode ergaben weit mehr positive Resultate der Jodmethode, besonders bei latenten und tertiären Syphilitikern. In nichtluetischen Kontrollfällen ergab die Jodmethode dasselbe negative Resultat wie der Wassermann. Verfasser gibt eine genaue Beschreibung der Technik seines Vorgehens mit „Jodölreagens", als dessen Nachteil er selbst die Inkonstanz des Paraffinöls bezeichnet, die Verschiedenheiten in der Reaktionszeit bedingt. W. Lehmann-Stettin.

Ein brauchbarer, leicht zu beschaffender Organextrakt zur Anstellung der Wassermannschen Reaktion, von L. Bitter-Kiel. (M. m. W., 1913, Nr. 33.) Verfasser ging von der Vorstellung aus, daß es bei den Antigenen sich um Degenerationsprodukte der Organlipoide, Lipoidtrümmer, welche durch die Einwirkung der Syphilisspirochäten und wohl auch anderer Mikroorganismen entstehen, handelt, und stellte sich demgemäß Antigene aus der Leber von tuberkulösen Rindern und Meerschweinchen her. Bei weit

Digitized by Google

über 2000 Reaktionen gaben diese Extrakte sehr befriedigende Resultate. Zur Herstellung des Extraktes werden fein zerkleinerte, mit Tuberkuloseknoten reichlich durchsetzte Meerschweinchen- oder noch besser Rinderlebern mit neun Raumteilen Alkohol angesetzt, während acht Tage häufig mit dem Schüttelapparat oder mit der Hand bewegt und dann 8—14 Tage unzentrifugiert und unfiltriert im Eisschrank stehen belassen. Der Titer bezifferte sich meist auf 0,2; die Eigenhemmung begann zwischen 0,3 und 0,4, was B. für ein sehr brauchbares Verhältnis erklärt. Philippi-Salzschlirf.

Eine vergleichende Studie über Antigene für die Wassermann-Reaktion, von H. R. Varney und F. W. Baeslack-Detroit, Mich. (J. Am. m. Assoc., 6. September 1913.) Das syphilitische Gumma des Kaninchenhodens liefert ein spezifischeres Antigen als alle anderen syphilitischen oder normalen Gewebe. Die Kombination einer Anzahl von erkrankten Organen zur Extraktbereitung gibt ein polyvalentes, hochwertiges Antigen, das die Diagnose auch in klinisch zweifelhaften Fällen ermöglicht. Wässerige Antigene verlieren ihre Kraft in ungefähr einem Monat, während die mit Azeton oder Alkohol hergestellten dauerhaft sind. Fendt-Wiesbaden.

Erfahrungen über die bei der Wassermannschen Syphilisreaktion wirksamen Körper und ihre Verwendung, von Kragel-Bochum. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1913, Nr. 4.) Die Abhandlung enthält nach einer einleitenden kritischen Besprechung einer Anzahl von Modifikationen der Wassermannschen Reaktion eine detaillierte Beschreibung der vom Verfasser geübten Technik. Zu einem kurzen Referat ist die Abhandlung inhaltlich nicht geeignet. Wer sich praktisch mit der Wassermannschen Reaktion beschäftigt, wird dort im wesentlichen Bekanntes vorfinden. Den Schlußsätzen des Verfassers, die Wassermannsche Reaktion nur in entsprechend wissenschaftlich geleiteten Zentralinstituten ausführen zu lassen, und die Serumuntersuchung nicht in der Sprechstunde oder bei Gelegenheitsserologen ausführen zu lassen, wird man sich, im Hinblick auf die Tragweite, die der Reaktionsausfall gegebenenfalls für den Patienten haben kann, rückhaltslos anschließen können. Graetz-Hamburg.

Über eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der WR, von Rabinowitsch-Charkow. (D. m. W., 1913, Nr. 25.) Verfasser bestreitet die in Nr. 9 dieser Wochenschrift veröffentlichte Beobachtung von Dr. Karl Stern, daß das Serum von mehrmals schon punktierten Meerschweinchen eigenlösende Eigenschaften habe. Diese Eigenschaft sei von anderen bis jetzt unbekannten Umständen abhängig. Was die dadurch verursachten Fehlerquellen bei der WR anbelangt, so wären diese unmöglich, wenn das Komplement vor jedem Hauptversuch jedesmal erst titriert werde. Junghanns-Dresden.

Über eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der WR, von Neue-Greifswald. (D. m. W., 1913, Nr. 25.) Verfasser hat eigenlösende Eigenschaften in Seren von Meerschweinchen gefunden, die sich längere Zeit nur durch Inzucht vermehrt hatten. Die dadurch bedingte Fehlerquelle ist nicht hoch einzuschätzen, da sie im Vorversuch erkennbar werden muß.
Junghanns-Dresden.

Eine einfache Modifikation der Wassermannschen Reaktion, von C. Birt. (J. of the R. Army m. corps, Oktober 1910.) Das Prinzip der Methodik besteht darin, daß für Ausführung der Reaktion das im Patientenserum enthaltene Komplement eine geringe Menge von Blutkörperchen aus dem Blutkuchen des zu untersuchenden Serums als Hämolysin, und ein alkoholischer Meerschweinchenherzextrakt als Antigen Verwendung finden. Hinsichtlich der Details muß auf das Original verwiesen werden. Bei vergleichenden Untersuchungen mit der Originalmethode wurden angeblich brauchbare Resultate erzielt, außerdem soll sich die Methode als empfindlicher erwiesen haben.

Digitized by Google

Ferner wurden mit der erwähnten Methode auch weniger Fehlresultate erzielt als bei denjenigen Modifikationen, welche die im Patientenserum enthaltenen Normalambozeptoren gegen Hammelblut oder Meerschweinchenblutkörperchen als Hämolysin verwenden.
Graetz-Hamburg.

Zur Kenntnis des diagnostischen Wertes der v. Dungernschen Modifikation der Wassermannschen Reaktion im Vergleich mit dem der Wassermannschen Originalmethode, von Alfred Balzarek-Wien. (M. Kl., 1913, Nr. 38.) In 112 Fällen hat Balzarek Kontrollversuche über die Richtigkeit der v. Dungernschen Methode angestellt und zwar mit folgendem Resultate. Dreimal fiel die v. Dungernsche Methode positiv aus bei negativer WR bei anamnestisch sicheren Syphilisfällen. Zweimal war das Ergebnis nach v. Dungerns Methode negativ bei positiver WR; davon einmal bei einer hereditären Lues und das zweite Mal bei einem Falle schwerer Karzinose, in dem die ohne Kenntnis des Falles kontrollierenden Untersucher die positive WR nicht auf Lues, sondern auf eine unspezifische Reaktion bei schwerer Karzinose oder dergleichen bezogen hatten, so daß eigentlich nur ein Versager der v. Dungernschen Methode übrigbleibt. Nach dieser Erfahrung glaubt Balzarek, daß die v. Dungernsche Methode für kleine Krankenhäuser oder manchen Arzt, für den die Durchführung der typischen WR unmöglich oder unerreichbar ist, ein recht vorzügliches Auskunftsmittel sein dürfte. Natürlich ist auch hier peinliche Gewissenhaftigkeit notwendig. Lasch-Breslau.

Untersuchungen über die Hermann-Perutzsche Reaktion, von G. Giorgis. (Riforma m., 1913, Nr. 24.) Der Verfasser experimentierte mit dem von Ellermann angegebenen Cholesterinzusatz zum glykocholsauren Natrium und glaubt, daß die Resultate besser sind, als mit der originalen Methode. Ist die Reaktion richtig positiv, so kann man das Vorhandensein von Lues annehmen. Bei einem negativen Resultat muß man die Wassermannsche Reaktion folgen lassen. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Hermann-Perutzsche Syphilisreaktion, von J. Kallós-Arad (Ungarn). (D. m. W., 1913, Nr. 39.) Auf Grund zahlreicher Untersuchungen kommt Verfasser zu der Anschauung, daß die Hermann-Perutzsche Präzipitationsreaktion für Lues spezifisch ist. Im nicht inaktivierten Serum ist sie ausgeprägter, tritt bei primärer Lues rascher auf als die WR. Sie kann aber die WR nicht ersetzen, insofern sie bei sekundärer Lues seltener positive Reaktion gibt; sie kann also nur den Wert einer Kontrolle der WR haben. Fischer-Dresden.

Die Hermann-Perutzsche Reaktion im Vergleich zur Wassermannschen Reaktion, von Fr. Bräutigam. (B. kl. W., 1913, Nr. 33.) Verfasser hat an 371 Fällen Vergleiche zwischen beiden Reaktionen angestellt. Die Wassermannsche Reaktion läßt feinere Abstufungen zu als die Hermann-Perutzsche, denn ein geringer Grad von Hämolyse ist leichter zu erkennen als ein geringer Grad von Ausflockung, der an Trübung grenzt. Die letztere hat der ersteren gegenüber den großen Vorzug der sehr einfachen und billigen Technik, bei der Fehlerquellen so gut wie ausgeschlossen sind. In der weit größeren Zahl der Fälle stimmten die Reaktionen miteinander überein.
G. Heymann-Elbing.

Untersuchungen über Konglutinationsreaktion mittels der Technik Karvonens, als Ersatz für die WR, von W. Leschly und Harald Boas-Kopenhagen. (Hospitals tidende, 1914, Nr. 39.) Die Verfasser kommen zu folgenden Schlüssen: Als Ersatz für die WR kann die Konglutinationsreaktion nach Karvonen nicht empfohlen werden, teils weil sie schwer abzulesen ist, teils oft (in ca. 5%) totale Hemmung in den Serumkontrollen gibt, teils (von 456 Seris, worunter 278 von Syphilitikern) weniger positive Reaktionen unter Syphilitikern (135 gegen 142) als die WR gegeben hat. Auch in der Ausführung bedeutet sie keine wesentliche Erleichterung. Es wird jedoch die Konglu-

Digitized by Google

tinationsreaktion entweder mit dieser oder einer anderen Technik eine praktische Bedeutung neben der WR erhalten, indem sie imstande ist, Aufklärungen auf einem Gebiete zu schaffen, wo die WR versagt. Wieviel diese Reaktion zu geben imstande ist, wird erst aus weiteren Untersuchungen hervorgehen. W. Holland-Kristiania.

Untersuchungen einer neuen Syphilisreaktion (Landau), von A. Kissmeyer-Kopenhagen. (Hospitals tidende, 1914, Nr. 2.) Untersuchungen über die von Landau (W. kl. W., 16. Oktober 1913) mitgeteilte Serumreaktion. Verfasser hat alles in allem 75 Sera untersucht, sämtliche nur wenige Stunden nachdem das Blut gewonnen war und in aktivem Zustand. Das Reagens wurde jedesmal frisch zubereitet. Die Zeit der Ablesung 2—2½ Stunden. Das Resultat ist bedeutend schlechter als das Landausche. Von den Kontrollfällen fielen 51% positiv aus, und Verfasser findet darum die Reaktion in ihrer jetzigen Form nicht brauchbar. W. Holland-Kristiania.

Zur Technik der Pallidinreaktion, von E. Klausner-Prag. (M. m. W., 1914, Nr. 2.) Verfasser hat vor einiger Zeit (W. kl. W., 1913, Nr. 2 und 24) im Verein mit O. Fischer über eine kutane Reaktion bei Spätsyphilis und hereditärer Lues berichtet, welche unter Verwendung eines Extraktes von Pneumonia alba-Lunge hervorgerufen werden konnte. Bei etwa 15 Fällen erwies sich die Probe als sehr zuverlässig. Das Material wird nunmehr von der Firma E. Merck im großen hergestellt und kann unter dem Namen „Pallidin" bezogen werden. Zur Ausführung der Reaktion macht man am leicht mit Äther gereinigten Oberarm zwei parallele senkrechte Schnitte von ca. 1½ cm Länge bei einem Abstand von ½ cm; alsdann werden diese Schnitte von zwei analogen horizontalen Schnitten gekreuzt. Nach jedem Schnitt wird das Messer mit Äther gereinigt und in Pallidinlösung getaucht. Bei positiven Fällen sieht man 24—48 Stunden eine das ganze Impfgebiet einnehmende, leicht entzündliche Papel sich entwickeln, während bei negativen Fällen die Haut ganz reaktionslos bleibt.

Philippi-Salzschlirf.

Rolle des Cholesterins in der Wassermannschen Reaktion, von Louste. (Soc. m. des hôp., 31. Oktober 1913.) Der Verfasser versetzte eine gewisse Anzahl von Seren von Tieren mit Cholesterin und fand, daß bei einem Zusatz von 2—3 g pro Liter dieselben eher zum Positiven neigten, während unter- oder oberhalb dieses Gehalts die Reaktion eher negativ war. In einer anderen Versuchsreihe machte er Kaninchen Cholesterininjektionen und konstatierte eine derartige Veränderung des Serums, daß die Ablesung des Resultats unmöglich war. Man muß 7—8 Tage ohne Injektion abwarten, um nach der gewöhnlichen Methode eine Wassermannsche Reaktion zu Wege zu bringen, welche dann stark positiv ausfällt. A. Gunsett-Straßburg.

Untersuchungen über die Beziehungen zwischen dem Cholesterin und der Wassermannschen Reaktion, von D. Carbono und F. Nizzi. (Biochimica e Ter. sperim., 4. Jahrg., Nr. 4.) Aus den Untersuchungen der Verfasser geht hervor, daß es nicht ausgeschlossen ist, daß an der Zusammensetzung desjenigen Teiles des syphilitischen Serums, das bei der Wassermannschen Reaktion wirkt, das Cholesterin (entweder im freien Zustande oder in Form von Ester oder einer sonstigen Verbindung) teilnimmt.

K. Rühl-Turin.

Über den Wert einiger Modifikationen (Cholesterinherzextrakt und Kältemethode) der Wassermannschen Reaktion für die Neurologie, von Alfred Sänger-Hamburg. (Neurol. Zbl., 1913, Nr. 22.) Unter den vielen Modifikationen der WR scheint dem Verfasser die mit Cholesterinextrakt sehr beachtenswert, besonders wenn sie in der Kälte angestellt wird und nur für das inaktive Serum; ganz speziell bei Lues latens, behandelter Lues, bei der Tabes und der Lues cerebrospinalis. Nicht geeignet ist die Reaktion für den Liquor; hier traten unspezifische Hemmungen bei Alcoholismus

Digitized by Google

chronicus, bei Tumor cerebri, bei Epilepsie und bei Pachymeningitis auf. Im primären und sekundären Stadium der Syphilis ist die Wärmebildung der Kältebildung unterlegen, während im tertiären Stadium die Modifikation der Kältebildung genauere Resultate zu liefern scheint. Auf Grund seiner großen Erfahrung an dem reichen Material des Eppendorfer Krankenhauses rät Sänger, besonders bei klinisch nicht ganz sicheren Fällen, neben der Original-WR die Cholesterinmethode und die Jakobsthalsche Kältebindung in Anwendung zu bringen. Lasch-Breslau.

Bemerkungen zur Kutireaktion bei Lues und ihre Beziehungen zur Wassermannschen Reaktion, von Rudolf Müller und Robert Otto Stein. (B. kl. W., 1913, Nr. 47.) Bei der Intrakutanimpfung mit abgetötetem Material fanden Verfasser unter bestimmten Bedingungen ziemlich regelmäßigen Reaktionsanstieg. Vor allem ist notwendig, daß der betreffende Patient überhaupt die Fähigkeit hat, Reagine zu bilden. Man muß daher zur Prüfung dieser Frage nur solche Fälle wählen, die wohl momentan negativ reagieren, die aber zur Zeit, wo sie luetische Erscheinungen zeigten, zweifellose positive Wassermannsche Reaktion hatten. Die zweite Bedingung ist ein positiver Ausfall der Kutireaktion. Bei zehn von elf untersuchten Fällen trat durchschnittlich zwei Wochen nach erfolgreicher Intrakutanreaktion kompletter Umschlag der Wassermannschen Reaktion auf, während einige von diesen Fällen, vorher nach Wassermann untersucht, immer nur negativ reagierten. G. Heymann-Elbing.

Der Gebrauch von Cholesterinextrakten für die Wassermann-Reaktion, von B. A. Thomas und R. H. Ivy-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 31. Januar 1914.) Die Verfasser ziehen zur Ausführung der Wassermann-Reaktion den syphilitischen Leberextrakt als Antigen dem mit Cholesterin versetzten Meerschweinchenherz- oder Menschenherzextrakt vor. Die Cholesterinextrakte geben zwar eine schärfere Reaktion als die Syphilisleberextrakte, sie liefern aber auch viele schwachpositive Resultate bei syphilisfreien Patienten. Die Anwendung der Cholesterinextrakte bedeutet daher keinen Fortschritt, sondern das Gegenteil. So berichten Schamberg, Kolmer und andere, daß sie bei 22 Psoriasisfällen in über 28% mit Cholesterinextrakten positive Wassermann-Reaktion erhielten, während Syphilis bei vielen dieser Kranken sicher ausgeschlossen werden konnte. Jedenfalls können schwache Reaktionen mit diesen Extrakten nicht zur Diagnose Syphilis verwertet werden, während dies bei den Syphilisleberextrakten angängig ist. Die Cholesterinextrakte sind imstande, gegen den Wert der Wassermann-Reaktion Mißtrauen zu erregen. Fendt-Wiesbaden.

Erfahrungen mit dem Sachsschen Cholesterinalkohol- und dem Lesserschen Ätherextrakt bei der Wassermannschen Reaktion, von Georg Orkin. (B. kl. W., 1914, Nr. 15.) Verfasser bringt das Resultat von 1200 Wassermannschen Reaktionen. Der Sachssche Extrakt bringt bei Lues I und II keine vermehrten positiven Resultate, eher das Gegenteil. Ebenso bei den metasyphilitischen Erkrankungen. Dagegen scheint er bei der tertiären und der latenten Lues noch manchen positiven Fall ans Tageslicht zu bringen. Der Lessersche Extrakt hingegen ist besonders fein auf die Frühsyphilis und die Metasyphilis eingestellt, auf die latente Lues nicht so gut wie der Sachssche Extrakt. Man könnte also bei Lues I und II und den metasyphilitischen Fällen dem Lesserschen Ätherextrakt, bei Lues latens dem Sachsschen erhöhten Wert beimessen. G. Heymann-Elbing.

Vergleich der Reaktion nach Wassermann und nach Noguchi bei nicht floriden Syphilitikern, von Mathieu, Pierre Weil und Giroux. (Bull. méd., 1913, Nr. 81.) Von 43 Fällen waren 32 nach beiden Verfahren negativ; sieben nach Wassermann positiv, nach Noguchi negativ. Von diesen waren drei ohne Verdacht auf Syphilis, zwei

Digitized by Google

hatten Aortitis, zwei tertiäre Meningitis. Ein Fall reagierte nach Wassermann negativ, nach Noguchi positiv, eine Frau mit Gummen nach beiden negativ.

R. Frühwald-Leipzig.

Vergleiche der Häufigkeit der Wassermannschen und Noguchischen Reaktion bei erwachsenen Syphilitikern im Latenzstadium, von Mathieu-Pierre Weil. (Soc. méd. des hôp., 10. Oktober 1913.) Beide Reaktionen waren negativ in 32 Fällen, positiv in zwei Fällen. Bei sieben Kranken war die Wassermannsche positiv, die Noguchische negativ: drei davon waren Kranke, deren klinische Geschichte keinen Verdacht der Syphilis hatte aufkommen lassen, zwei hatten Aortitis und zwei tertiäre syphilitische Meningitis. Nur bei einem Patienten war die Wassermannsche Reaktion negativ bei positiver Kutireaktion. Bei einer Kranken mit Gummen der Stirn waren beide Reaktionen negativ.

A. Gunsett-Straßburg.

Was soll man von der Kutireaktion der Syphilis halten? von Paul Dubois. (Policlinique, 1913, Nr. 19.) Verfasser resümiert die auf der Wiener Naturforscherversammlung über dieses Thema ausgesprochenen Ansichten. Die Reaktion ist charakteristisch für tertiäre Syphilis; sie kann die Wassermannsche Reaktion nicht verdrängen, kann aber bei hereditärer und maligner Syphilis, bei zweifelhaften Symptomen und negativem Wassermann wertvolle Dienste leisten. Die Reaktion ist ungefährlich; sie kann auch prognostisch und in therapeutischer Hinsicht verwertet werden.

R. Frühwald-Leipzig.

Intradermoreaktion bei Lues durch Extrakt aus skrotalen Syphilomen von Kaninchen (Treponemina), von M. Trossarello-Turin. (Gazz. degli osped. e delle clin., 1914, Nr. 44.) Von der Tatsache ausgehend, daß die Spirochäten, die man in den Primärsklerosen des Kaninchens findet, virulenter als die künstlich kultivierten und ebenso virulent wie diejenigen sind, die man in den menschlichen luetischen Läsionen antrifft, hat Verfasser für die Intradermoreaktion bei Syphilis einen Glyzerinextrakt aus skrotalen Syphilomen von Kaninchen hergestellt, die mit Material von verschiedener Herstammung inokuliert waren, und somit verschiedene Spirochätenstämme zur Verfügung gehabt. Mit diesem Extrakt hat er bisher 52 Patienten geimpft, von denen ein Teil unzweifelhaft nicht syphilitisch war. Bei Nichtluetikern fiel die Intradermoreaktion stets negativ aus: bei Sekundärlues fiel sie in 40%, bei latenter Lues in 50%, bei Tertiärlues und bei Syphilis maligna in 100% der Fälle positiv aus. Von den 14 bei Tertiärlues positiv ausgefallenen Reaktionen, waren 11 sehr intensiv, darunter 3 pustulös. Verfasser glaubt die Spezifizität seines Extraktes, den er Treponemina nennt, behaupten zu können. Dieser Extrakt ist bequem und leicht herzustellen und bietet angeblich den Vorteil dar, daß er infolge des großen Gehaltes der Kaninchensyphilome an Spirochäten, wenigstens ebenso wirksam wie der Extrakt aus Spirochätenkulturen ist.

K. Rühl-Turin.

Die Luetinreaktion (Kutireaktion der Syphilis), von Hideyo Noguchi. (Presse méd., 1913, Nr. 76.) Das Luetin wird auf folgende Weise hergestellt. Reinkulturen von Spirochaeta pallida werden in einem sterilen Gefäß mit Porzellankugeln mehrere Stunden lang geschüttelt, um die Spirochäten zu zermahlen. Es wird dann eine vollkommene flüssige Emulsion gewonnen, die 30 Minuten lang auf 60° erhitzt wird. Das von Noguchi hergestellte Luetin enthält immer mehr als sechs verschiedene Spirochätenstämme. Es wird im Kühlen aufbewahrt und vor dem Gebrauch mit gleicher Menge steriler physiologischer Kochsalzlösung verdünnt. Die Injektion geschieht in die Kutis des rechten Armes und zwar werden beim Erwachsenen 0,07, beim Kinde 0,05 ccm injiziert. Es erscheint dann sofort eine weißliche Papel, die zehn Minuten lang be-

Digitized by Google

stehen bleibt. Ist die Reaktion negativ, so findet man an der Einstichstelle ein leichtes Erythem, das nach 48 Stunden verschwunden ist. Oft konstatiert man nach 24 Stunden eine erhabene, indurierte, von einer erythematösen Zone begrenzte Papel, die allmählich sich zurückbildet und am fünften Tage unter Zurücklassung einer leichten Pigmentierung verschwunden ist. Diese banale Irritation darf nicht mit einer positiven Reaktion verwechselt werden. Die positive Reaktion kann unter drei Formen auftreten: 1. Die papulöse Form erscheint 24—48 Stunden nach der Injektion. Es ist eine rote, erhabene, indurierte Papel von 7—10 mm Durchmesser. Oft ist sie von einem erythematösen Hof umgeben, der manchmal leicht ödematös aussehen kann. Diese Papel wird in den 2—3 ersten Tagen stärker, wird dunkelrot oder bläulich und geht dann wieder zurück, um in 7—10 Tagen vollständig zu verschwinden. In manchen Fällen bleibt sie 2—3 Wochen lang. 2. Die pustulöse Form besteht in ihrem ersten Stadium aus einer Papel wie die eben beschriebene, aber am vierten oder fünften Tage erscheint auf derselben eine kleine Vesikel und das Zentrum der Papel erweicht. Bald bildet sich eine Pustel mit erst halbdurchsichtigem, dann ganz eitrigem Inhalt. Der Kranke empfindet dabei ein mehr oder weniger starkes Jucken. Die Pustel eröffnet sich dann, es bildet sich eine Kruste, die nach einigen Tagen abfällt. Auch die Induration geht zurück und es bleibt oft eine kleine Narbe, immer aber eine Pigmentierung, die mehrere Monate anhält. 3. Die torpide Form ist durch die Langsamkeit charakterisiert, mit der die typische Papel auftritt. Die Injektionsstelle entfärbt sich nach 3 oder 4 Tagen, und 2—3 Wochen nachher erscheint ein beinahe immer pustulöses Element, welches denselben Verlauf wie die Pustel nimmt. Manchmal ist ein Temperaturerhöhung bis 38° mit der Luetinreaktion verbunden. Die Reaktion fehlt oder ist nur gering bei Leuten mit primären oder sekundären Erscheinungen, hingegen ist sie immer positiv in chronischen oder latenten Fällen. Auch bei der hereditären Lues ist sie gewöhnlich positiv. Bei Syphilis cerebrospinalis ist sie nur in der Hälfte der Fälle positiv. Auch bei Tabes ist sie inkonstant. Bei der progressiven Paralyse ist sie negativ bei denjenigen Formen, bei welchen der syphilitische Prozeß noch florid ist, bei den anderen positiv. Die Luetinreaktion kann fehlen trotz stark positiver WR. Bei Syphilitikern, die energisch behandelt wurden, wird die WR gradatim geringer und verschwindet zuletzt, die Luetinreaktion hingegen, die bei Beginn der Behandlung fehlen oder nur gering sein kann, wird intensiver, wenn die WR verschwindet. Ein solcher Kranker kann nur als gesund gelten, wenn auch die Luetinreaktion negativ geworden ist. Zusammenfassend kann man sagen, daß die Luetinreaktion uns ein Mittel an die Hand gibt, Syphilis im chronischen oder latenten Stadium zu erkennen, wenn die WR fehlen kann. Eine negative Luetinreaktion in chronischen Fällen mit schweren Symptomen und positivem Wassermann ist immer von schlechter Prognose. Dies ist z. B. oft bei Paralytikern der Fall. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Luetinreaktion nach Noguchi, von J. Nanu-Mascel, C. Alexandrescu-Dersca und L. Friedmann-Bukarest. (M. m. W., 1914, Nr. 23.) Die Ergebnisse, welche Verfasser an 62 Syphilitikern und 93 Kontrollfällen mit der Intradermoreaktion mit dem ihnen vom Entdecker zur Verfügung gestellten Luetin erzielten, stimmten im allgemeinen mit den von anderen Forschern berichteten Resultaten überein. Es handelte sich bei ihrem Beobachtungsmaterial um 15 Fälle von sekundärer und 37 von tertiärer Syphilis nebst 10 Tabikern. In Prozentzahlen ausgedrückt lieferten diese je 47% resp. 89% und 20% positive Resultate. Von den 93 Kontrollfällen ergaben zwei einen positiven Ausfall der Reaktion. Unter den 37 Fällen von später resp. von latenter Syphilis fanden sich zwölf, welche bei positiver Luetinreaktion einen negativen Wassermann aufwiesen. Die bisher erschienene Literatur über den Gegenstand ist ziemlich eingehend berücksichtigt.

Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Über die Intradermoreaktion mit dem Noguchischen Luetin, von G. Mattirolo und G. Botteselle-Turin. (Pathologica, 1914, Nr. 138.) Untersuchungen an 68 Patienten, von denen 60 sicher syphilitisch und 8 nicht syphilitisch waren. Die Reaktion war bei

Primär- und Sekundärlues	(18 Fälle)	in 20%	der Fälle	positiv
Tertiärlues	(20 „)	in 45%	„ „	„
latenter Lues (WR positiv)	(9 „)	in 11%	„ „	„
Tabes	(12 „)	in 0%	„ „	„
Gesunden	(8 „)	in 0%	„ „	„

später wurden die 12 Tabiker mit frischerem Luetin geprüft und 6 reagierten positiv. Ein Aneurysmatiker der bereits auf das ältere Luetin lokal reagiert hatte, zeigte bei der Prüfung mit den frischerem Luetin neben einer lokalen Reaktion allgemeine anaphylaktische Erscheinungen. K. Rühl-Turin.

Die Kutanreaktion bei Syphilis; zweiter Bericht, von Julian Mart Wolfsohn-San Francisco. (J. Am. m. Assoc., 14. Juni 1913.) Der vorliegende Bericht beruht auf der Anwendung Noguchis Luetin bei 100 Syphilisfällen und bestätigt Verfassers und anderer Verfasser bisherige Erfahrungen hiermit. Von 55 Kontrollfällen, die an Hauterkrankungen, inneren und Nervenkrankheiten litten, reagierten nur zwei fraglich, so daß sie einem Unerfahrenen Schwierigkeiten in der Deutung bereiten konnten. Wird die Luetinreaktion richtig ausgeführt, so kann sie als spezifisch bezeichnet werden. Die Reaktion ist besonders schätzenswert bei latenter und tertiärer Syphilis, ebenso bei Parasyphilis. Bei jeder negativen Reaktion müssen vier Wochen abgewartet werden, um nicht eine spät eintretende Reaktion zu übersehen. Fendt-Wiesbaden.

Die Kutireaktion der Syphilis. Versuche mit dem Luetin Noguchis, von G. Gavini. (Riforma m., 1913, Nr. 36—39.) Als spezifisch nimmt der Verfasser nur die Reaktion an, welche durch eine persistierende, von einem entzündlichen Hof umgebene Papel oder Vesikel charakterisiert ist. Es gibt natürlich wie bei jeder biologischen Methode unsichere und zweifelhafte Fälle, welche aber der Spezifizität der Reaktion keinen Abbruch tun können. Die Reaktion ist selten positiv in der ersten Zeit der Infektion. Häufiger ist sie es gegen Ende der Sekundärperiode und die häufigsten positiven Befunde werden im Tertiärstadium gefunden. Sie erreicht aber niemals die Zahl der positiven Befunde der Wassermannschen Reaktion. Sie scheint durch die spezifische Behandlung beeinflußt zu werden und nach derselben von einer positiven in eine negative überzugehen. Sie ist eine wichtige Ergänzung für die Wassermannsche Reaktion. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Kutanreaktion von Noguchi bei Syphilis, von A. Faginoli und V. Fisichella. (B. kl. W., 1913, Nr. 39.) Die Luetinreaktion wurde mit dem von Noguchi selbst übersandten Präparat bei 45 Syphilitikern in den verschiedenen Stadien des luetischen Prozesses und bei 45 nichtsyphilitischen Individuen ausgeführt, gleichzeitig mit der Wassermannschen Reaktion. Verfasser erhielten einen hohen Prozentsatz (83%) positiver Reaktionen bei den syphilitischen Formen des tertiären Stadiums, während die Reaktion bei primärer Syphilis konstant negativ und in Fällen sekundärer Lues nur in einigen Fällen positiv war. Es bestätigte sich, daß unter den Fällen von sekundärer Syphilis vorwiegend die energisch behandelten reagieren. Bei latenter Syphilis ergab die Reaktion in 58% der Fälle ein positives Resultat, hingegen trat die charakteristische Kutanreaktion bei nichtsyphilitischen Individuen niemals auf. G. Heymann-Elbing.

Kutireaktion mit Luetin (Noguchi) bei Syphilis, von Desneux. (J. de Bruxelles, 1913, Nr. 37.) Intradermale Injektion von Luetin ruft nur bei Syphilitischen, nie bei Normalen eine Reaktion hervor. Und zwar reagieren Sekundärsyphilitische nicht, dagegen Tertiärsyphilitische fast ausnahmslos. Ebenso reagiert Nervensyphilis, allein Tabes und Paralyse

Digitized by Google

nicht. Die Luetinreaktion kann also, selbst bei negativem WASSERMANN, große diagnostische Dienste in manchen Fällen viszeraler Syphilis leisten. R. Frühwald-Leipzig.

Über Hautreaktionen mit Noguchis Luetin bei Paralytikern, von L. BENEDEK-Klausenburg. (M. m. W., 1913, Nr. 37.) Die mit dem von NOGUCHI dargestellten Luetin zu erzielende kutane Reaktion hat Verfasser bei 21 Fällen von Dementia paralytica geprüft, sowie, als Kontrolle, bei 10 Fällen von Dementia praecox, einem Fall von Lues latens und 3 Fällen von Lues cerebri. An einer farbigen Tafel sind die klinischen Erscheinungen und an 8 Mikrophotogrammen die histologischen Verhältnisse dargelegt. Von den Paralytikern ergaben 16 (19,7%) ein negatives Resultat, die übrigen ein positives, wobei je nach der Intensität die Reaktion als stark (28 mal), mittelstark (23) oder schwach zu bezeichnen war. Unter den Kranken mit Dementia praecox gab nur ein einziger eine (schwache) Reaktion. Die 3 Fälle von Hirnlues reagierten alle in ziemlich gleichmäßiger Weise in einer Form, welche die Erwartung, hier ein differentialdiagnostiches Hilfsmittel zwischen diesem Leiden und der Dementia paralytica gewinnen zu können, begründet erscheinen läßt. Die positiv reagierenden Paralytiker zeigen schon nach 24 bis 48 Stunden an der Injektionsstelle einen lebhaft geröteten Hof und Prominenz um eine kleine Papel bis zu Bohnen- und Markstückgröße. In den folgenden 2 Tagen nehmen diese Erscheinungen noch zu. Die 3—5 mm betragende Papel entwickelt bald zentral, bald exzentrisch eine Pustel von 2—3 mm Durchmesser, welche sich bald ohne Gewebsdefekt entleert. Den Höhepunkt erreicht die Reaktion meist am sechsten Tage. Bei der zerebralen Lues waren die Vorgänge entschieden stürmischer: am fünften Tage hatte der lebhaft rote Hof einen Durchmesser von 3—5 cm und trug in seiner Mitte einen haselnußgroßen, massiven, dunkelroten Knoten, dessen Ränder stufenweise in die entzündete ödematöse Umgebung übergingen. Nach 7 Tagen noch war hier eine wohlausgebildete Blase mit ziemlich dickem, bräunlichgelbem Inhalt zu konstatieren, und nach 3 Wochen waren noch Reste der Reaktion bemerkbar. Philippi-Salzschlirf.

Hautreaktion der Paralytiker auf Noguchisches Luetin, von L. BENEDEK-Kolozsvár. (Orv. Hetilap, 1913, Nr. 46.) Von dem durch NOGUCHI dargestellten Luetin nahm Verfasser zu einer Injektion 0,07 ccm, die er mit 0,03 ccm steriler physiologischer Kochsalzlösung verdünnt hat. Die 0,1 ccm betragende Flüssigkeit injiziert er mit einer feinen Nadel möglichst oberflächlich in die Haut. In negativen Fällen erhebt sich die Injektionsstelle einige Stunden später als kleine Quaddel mit einem Durchmesser von 2—4 mm. 20—24 Stunden später wird der Hof blaßrot, 24—36 Stunden bleibt die Färbung nach Verfassers Wahrnehmung von gleichmäßiger Stärke und wird erst allmählich blasser. Eine Ausnahme war die Blutung, die in den ersten 48 Stunden als traumatische Reaktion hervorgerufen war. Die bei positiven Reaktionen sich zeigenden Erscheinungen waren lebhafter rot und erheben sich mehr über die Haut. Ausnahmsweise war der Hof stark ödematös. Am 3.—4. Tage ist die Reaktion noch ausgeprägter, und es bildet sich eine Pustel im Durchmesser von 2—3 mm, die sich spurlos verliert. Am 4. bis 5. Tage sind die Reaktionen ausgeprägter. Bezüglich der Stärke der Reaktion können drei Grade unterschieden werden: stark, mittelstark und schwach. An 95 Patienten nahm Verfasser die intradermale Reaktion vor: bei 81 Dementia paralytica progressiva, 10 Dementia praecox, 3 Lues cerebri und 1 Lues latens. Das Resultat zeigt folgende Tabelle:

Diagnose	Fälle	Stark	Mittelstark	Schwach	Negativ
		in %			
Dementia par.	81	28 = 34,6	23 = 28,9	14 = 17,9	16 = 19,7
„ praecox	10	—	—	1 = 10	9 = 90
Lues latens	1	—	—	—	—

Digitized by Google

Bei 81 Fällen von Paralysis progressiva waren 80,40% mit + Reaktion, während die als Kontrolle benutzten 10 Dementia praecox nur 1 Fall + Reaktion ergeben hat. In 3 Fällen von Lues cerebri war an der Injektionsstelle am 5. Tage ein lebhaft roter Hof mit einem Durchmesser von 3,5—4 cm, in deren Mitte sich ein haselnußgroßer, konsistenter, dunkelroter Knoten entwickelt hat, dessen Ränder allmählich in die entzündete und ödematöse Umgebung übergingen. In einem Falle erreichte das entzündete Ödem die Ausdehnung der Größe einer Kinderfaust. In der Mitte war eine Blase, welche sich zwischen dem 8. und 10. Tage entleerte und dann verschwand. 3 Wochen später kann noch ein flacher, bohnengroßer Knoten herausgefühlt werden, über dem die Haut rostbraun gefärbt ist. In allen 3 Fällen war „gummaartige" Reaktion. Verfasser schnitt einem Patienten aus dem gummaartig veränderten Hautteil ein Stück heraus und untersuchte es nach Behandlung mit Formalin, Paraffin, Hämatoxylin, Eosin mikroskopisch. Bei den einzelnen aus der Randzone der Effloreszenz angefertigten Schnitten ist die Ausdehnung der Infiltration in den Follikeln und den Glandulae sudoriferae auffallend. Ein guter Teil der Arterien war entzündlich infiltriert. Herdartige und diffuse Infiltrationsflächen konnten nachgewiesen werden. Die Infiltration bilden einkernige, kleine Kugelzellen, unter denen aber in auffallender Zahl polynukleäre und polymorphe Leukozyten sind. Die Wände der Blutadern zeigen an und für sich keine Veränderung. Das mikroskopische Bild ist also wegen der Anordnung und Gestaltung der Riesen- und Epitheloidzellen und der Infiltrationsgebiete interessant.

Porosz-Budapest.

Noguchis Luetinreaktion, von Axel Cedercreutz. (Finska läkaresellsk. handlingar, Oktober 1913.) Von elf Fällen tertiärer Lues reagierten acht mit Luetin positiv. Die drei, welche negativ reagierten, hatten sämtlich eine positive Wassermann-Reaktion. Es handelte sich in zwei Fällen um Lues cerebri und in einem Falle um ulzeröse Hautsyphilide. Unter 40 Kontrollfällen (Blennorrhoe und Hautkrankheiten), die alle eine negative Wassermann-Reaktion hatten, zeigten zehn eine deutlich positive Luetinreaktion und in drei von diesen Fällen war die Reaktion sogar pustulöser Art. Betreffend die Luetindiagnostik teilt C. den von Boas und Ditlevsen eingenommenen reservierten Standpunkt. W. Holland-Kristiania.

Die Noguchische Luetinreaktion bei der Syphilis, von G. B. Foster-Leavenworth. (Am. J. m. scienc., November 1913.) Verfasser hat die Reaktion mit Noguchischem Luetin bei 70 Syphilitikern und als Kontrolle bei fünf gesunden Individuen ausgeführt. Unter den Kontrollfällen gab einer, ein kräftiger junger Soldat, bei welchem die sonstige genaue Untersuchung durchaus keinen Anhaltspunkt für Lues lieferte, auch eine typische ausgesprochene Reaktion. Es scheint, daß der Großvater mütterlicherseits mehrere Jahre lang tabische Erscheinungen darbot, und Verfasser ist geneigt, den bei dem Enkel vorhandenen Zustand der Allergie auf eine ererbte Anlage zurückzuführen. Da die Bedingungen für das Zustandekommen der Wassermannschen Reaktion andere sind als diejenigen der Luetinprobe, war bei nur relativ wenigen Fällen eine Übereinstimmung der beiden Ergebnisse zu konstatieren. Verfasser betont dagegen besonders die günstige Bedeutung des negativen Ausfalls beider Proben bei hinreichend behandelten Patienten, wie dies bei vier von seinen Fällen zutraf. Philippi-Salzschlirf.

Über die Luetinintrakutanreaktion bei Syphilis und einigen infektiösen Erkrankungen, von Lagane. (Soc. méd. d. hôp., 12. Dezember 1913.) Die Versuche wurden an 50 Syphilitikern und Kranken mit infektiösen Krankheiten angestellt. Bei primären, sekundären und tertiären Symptomen stimmten die Angaben der Luetinprobe mit der Wassermannschen Reaktion überein. Bei Latentsyphilitischen mit negativem Wassermann war in der Hälfte der Fälle die Luetinreaktion positiv. Bei den Testfällen

Digitized by Google

mit Typhus, Blennorrhoe und Rekurrens, desgleichen bei normalen Individuen war sie negativ. Aber bei vier wahrscheinlich nichtsyphilitischen war sie positiv. Unter diesen handelte es sich je einmal um Trypanosomenerkrankung, Scharlach und Syringomyelie.

A. Gunsett-Straßburg.

Kutireaktion mit Luetin bei Syphilis, von J. Desneux. (J. de Bruxelles, 1914, Nr. 1.) Verfasser stellt vier Fälle, denen Luetin injiziert worden war, vor; ein Syphilisfreier und ein Tabiker reagierten nicht, einer mit einem Rachengumma und einer mit Meningomyelitis dagegen deutlich. Diese Erfahrungen haben sich dem Verfasser bei allen Versuchen bestätigt; namentlich hervorzuheben ist, daß Patienten mit tertiärer Syphilis reagieren, solche mit Tabes oder Paralyse dagegen nicht. Daraus geht hervor, daß die ehemalige Parasyphilis, obwohl ihre syphilitische Natur durch die Befunde Noguchis erwiesen ist, doch anders zu bewerten ist, als die Nervensyphilis. Die Hautallergie fehlt bei ihr. R. Frühwald-Leipzig.

Die Kutireaktion Noguchis bei der Syphilis durch Luetin, von K. Grön. (M. Revue, 1914, Nr. 1, Norwegen.) Übersichtsreferat. W. Holland-Kristiania.

Weitere Beobachtungen über die Intrakutanreaktion mit dem Luetin von Noguchi, von Faginoli und V. Fisichella. (B. kl. W., 1914, Nr. 10.) Die Verfasser bringen in dieser zweiten Mitteilung ihre Erfahrungen, die sie bei weiteren 48 Patienten mit Luetin gemacht haben. Es zeigt sich wieder ein hoher Prozentsatz positiver Ergebnisse besonders bei latenter Syphilis und bei Parasyphilitikern. Daraus ergibt sich schon jetzt die hervorragende praktische Bedeutung der Kutanreaktion von Noguchi.

G. Heymann-Elbing.

Vergleich des cholesterinisierten mit dem nichtcholesterinisierten (Noguchi) Antigen bei der Wassermannschen Reaktion, von Charles C. W. Judd-Baltimore. (J. Am. m. Assoc., 25. Juli 1914.) In 269 Fällen von Blutserumuntersuchungen erhielt man mit beiden Antigenen die gleichen Resultate, nämlich 116 waren positiv, 16 unbestimmt und 137 negativ. Ebenso waren die Resultate identisch bei der Untersuchung von 14 Spinalflüssigkeiten mit beiden Antigenen. Ungleich waren die Resultate in 110 Fällen von Blutserum- und 7 von Spinalflüssigkeitsuntersuchungen. Im ganzen also erhielt man bei 379 Blutserumuntersuchungen $269 = 71\,\%$, und bei 21 Spinalflüssigkeitsuntersuchungen $14 = 66{,}66\,\%$ gleiche Resultate mit beiden Antigenen. Ungleiche Resultate erhielt man bei 110 Blutserumuntersuchungen $= 29{,}05\,\%$ und bei 7 Spinalflüssigkeitsuntersuchungen $= 33{,}33\frac{1}{3}\,\%$. Von den 110 Seren zeigten 105, oder $95{,}4\,\%$, eine größere Komplementfixation mit cholesterinisiertem, als mit nichtcholesterinisiertem (Noguchi) Antigen, dagegen zeigten 5, oder $4{,}6\,\%$, eine größere Hemmung der Hämolyse mit Noguchi-Antigen als mit cholesterinisiertem. Konklusionen: 1. Cholesterinisiertes Antigen ergibt keine nennenswerte Zahl nichtspezifischer Reaktionen. 2. Dasselbe deckt manche Fälle von Lues auf, die mit Noguchi-Antigen keine positiven Resultate geben. 3. Es ist zwar dem Einfluß einer Behandlung unterworfen, wird aber doch durch therapeutische Maßnahmen weniger leicht seiner Wirksamkeit beraubt. 4. Es hält sich glänzend, ist immer brauchbar und leicht zu präparieren. 5. Es ist ein ideales künstliches Antigen.

F. John-Leipzig.

Die Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphilis, von Ellis und Swift. (J. Exper. M. [Am.], 1913, Bd. 18, Nr. 2.) Die Verfasser halten die Lumbalpunktion für eine einfache Prozedur, die bei Stellung der Prognose absolut nicht vernachlässigt werden darf, da ein negativer Wassermann des Blutes keinerlei Aufschluß darüber gibt, ob das Nervensystem affiziert ist. Kein Syphilitischer sollte als geheilt entlassen werden, solange nicht die Spinalflüssigkeit untersucht und normal befunden worden ist.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Eine Studie über die Spinalflüssigkeit von hundert Syphilisfällen, einschließlich Untersuchungen auf Arsen nach intravenöser Anwendung von Neosalvarsan, von M. F. Engman, Rudolph Buhman, F. D. Gorham und R. H. Davis-St. Louis. (J. Am. m. Assoc., 6. September 1913.) Aus der ausführlichen Arbeit können nur einige Punkte angeführt werden. Von 36 Fällen von Frühsyphilis — bis zu zwei Jahren nach der Infektion — gaben drei eine positive Wassermann-Reaktion in der Zerebrospinalflüssigkeit und eine hohe Lymphozytenzahl (8,3%); ein anderer, ohne klinische Symptome, ergab als Zellenzahl 30 und Globulinvermehrung; ein Patient mit trägen Reflexen hatte 42 Lymphozyten und Globulinvermehrung; bei einem Fall mit ungleichen Pupillen, war der Befund in der Flüssigkeit positiv. In keinem dieser Frühfälle mit positiven Reaktionen waren Hautsymptome vorhanden. Von 64 Fällen von Spätsyphilis — mehr als zwei Jahre nach der Infektion — gaben 21 (34,4%) eine positive Wassermann-Reaktion. 16 von diesen boten deutliche Zeichen von Zerebrospinalsyphilis, von Kopfschmerzen und Pupillenveränderung an bis zu Tabes und Paralyse. Von den 29 Patienten mit Hautsymptomen gab nur einer eine positive Spinalreaktion. In 13 Fällen dieser Gruppe war bei negativer Wassermann-Reaktion die Zellenzahl über zehn; siebenmal war die Zellenzahl zwölf; einmal 15, einmal 17 und dreimal 20; bei allen bestand keine Globulinvermehrung, mit Ausnahme einer schwachen bei einem Fall. Bei einem anderen Patienten betrug die Anzahl der Lymphozyten 43; dabei Globulinvermehrung, aber negative Wassermann-Reaktion. Klinische Diagnose hierbei Aortenaneurysma, wahrscheinlich auf luetischer Grundlage. Nur sechs von den untersuchten 100 Fällen hatten einen positiven Spinalbefund — positive Wassermann-Reaktion, Lymphozytenzahl über zehn und Globulinvermehrung — ohne nachweisbare klinische Beteiligung des Zentralnervensystems. Im Verlauf der Untersuchungen tauchte der Gedanke auf, ob nicht die durch Spinalpunktion entnommene Flüssigkeit nach der hierauf vorgenommenen intravenösen Salvarsaninfusion durch eine mit Arsen überladene ersetzt würde. Zur Prüfung dienten vier Fälle von Paralyse. Durch Spinalpunktion wurden je 10 ccm Spinalflüssigkeit entfernt und hierauf eine Volldose von Neosalvarsan intravenös verabreicht. In zwei Fällen wurde 48 Stunden, in den beiden anderen 98 Stunden später die Spinalpunktion wiederholt und die Flüssigkeit auf Arsen untersucht; in allen vier Fällen mit negativem Resultat. Aus den Untersuchungen geht hervor, daß erstens nur ein verhältnismäßig geringer Prozentsatz der Syphilitiker einen serologischen und zytologischen Befund in der Zerebrospinalflüssigkeit aufweist und daß zweitens, wenn eine solche Invasion vorhanden ist, gewöhnlich auch frühzeitige klinische Erscheinungen nicht vermißt werden. Fendt-Wiesbaden.

Verschiedenes.

Geh. Med.-Rat Prof. Albert Neisser-Breslau feiert am 22. Januar, Prof. Gustav Riehl-Wien am 10. Februar den 60. Geburtstag.

Die Stabsärzte Prof. Theodor Cohn, Privatdozent für Urologie in Königsberg i. Pr., und Prof. Ferdinand Zinsser, Dozent an der Kölner Akademie für praktische Medizin, dirigierender Arzt an der Krankenanstalt Lindenburg, wurden zu Oberstabsärzten befördert.

Oberstabsarzt Dr. Arthur Arno Thalmann in Dresden erhielt das Ritterkreuz I. Kl. des Königl. Sächs. Verdienstordens mit Schwertern, Oberarzt d. R. Dr. Heinrich Plöger, Assistent der dermatologischen Poliklinik in München, den Königl. Bayer. Militärverdienstorden IV. Kl. mit Schwertern.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. Januar 1915 | Nr. 3 | Band 60

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten der Städtischen Krankenanstalten zu Dortmund (Leitender Arzt San.-Rat Dr. Fabry).

Nävusartige Erkrankung am Oberschenkel (Syringadenoma papilliferum) [1]).

Von

Adolf Fischer, Sekundärarzt.

(Mit 1 Tafel und 2 Abbildungen im Text.)

Unter den nävusartigen Erkrankungen der Haut dürfte wohl folgender Fall sowohl in bezug auf seinen mikroskopischen Befund als auch auf seine therapeutische Beeinflussung von Interesse sein.

Hedwig K., 11 J. alt, wurde anfangs Januar 1913 in die hiesige Hautklinik wegen warzenartiger, dabei nach Angabe der Patientin stark juckender Wucherungen auf der Haut der linken Leistenbeuge-, Oberschenkel- und Hüftgegend aufgenommen. Nach Angabe der Mutter und nach unserer eigenen längeren Beobachtung hatten sich die Geschwülstchen allmählich verbreitert, so daß jetzt einer weiteren Ausdehnung durch operative Behandlung vorgebeugt werden sollte. Patientin, die für ihr Alter ein kräftig entwickeltes und sehr intelligentes Mädchen ist, hat diese Hauterscheinung seit ihrer Geburt. Anfangs nur ganz vereinzelt, kaum sichtbar, nahmen die Erhebungen im Laufe der Jahre sowohl an Größe als auch an Ausdehnung, wenn auch sehr langsam zu. Patientin stammt aus gesunder Familie, und eine ähnliche Erkrankung wie die vorliegende ist daselbst nicht nachzuweisen.

Die knötchenartigen Gebilde erstrecken sich, beginnend ungefähr in der Höhe des linken Poupartschen Bandes (siehe Tafel 2 Fig. 1), dicht neben dem Mons veneris, in etwa Handtellerbreite herab bis auf das obere Drittel der Vorderfläche des linken Oberschenkels, sodann etwa in derselben Höhe lateralwärts am Oberschenkel weitergehend, um sich wieder in mehr bandförmiger Ausdehnung bis in die unmittelbare Nähe der Mitte des linken Darmbeinkammes nach oben zu wenden (siehe Tafel 2 Fig. 2).

Makroskopisch findet man hier etwa hirsekerngroße bis fast erbsengroße Knötchen, von blaßroter bis bläulichroter Farbe und ziemlich derber Konsistenz, teilweise ganz vereinzelt stehend, teilweise zu größeren Plaques konfluierend. Die Haut in der Umgebung der Knötchen ist nicht erythematös, zeigt auch sonst keinerlei pathologische Veränderungen. Bei näherer Betrachtung der einzelnen Knötchen beobachtet man auf allen Knötchen in der Mitte eine kleine Einsenkung (Delle), aus der bei stärkerem Druck eine etwas blutig gefärbte, seröse Flüssigkeit hervorquillt. Hier und da sieht man diese

[1]) Fabry: Demonstration einer Moulage nebst mikroskopischen Schnitten hierüber bereits September 1913 auf dem Kongreß der Deutsch. Dermat. Gesellschaft in Wien. (Arch. f. Derm., Bd. 119, S. 177.)

Digitized by Google

Einsenkung mit einem kleinen, braunen, ziemlich festhaftenden Schorf verschlossen. Subjektiv bestand heftiger Juckreiz. Um diese Wucherungen nun zu entfernen, wurde zunächst CO_2-Schneebehandlung an mehreren Stellen gleichzeitig angewandt, mit relativ gutem Erfolg; jedoch infolge der großen Empfindlichkeit der Patientin war die Weiterbehandlung nicht mehr durchzuführen. Schließlich wurden in Narkose sämtliche Knötchen mit dem scharfen Löffel abgekratzt und mehrere Stellen noch nachträglich kaustisch behandelt. Nach anfänglich scheinbarem Erfolge zeigten sich jedoch bereits nach etwa 8 Wochen wieder auf der alten Stelle neue knötchenartige Wucherungen von demselben Aussehen wie die früher hier bestandenen. Eine sehr gute Heilung erfolgte erst später, nachdem Patientin in der Bonner Hautklinik längere Zeit mit Mesothorium behandelt worden war. Uns stand damals Mesothorium oder Radium noch nicht zur Verfügung.

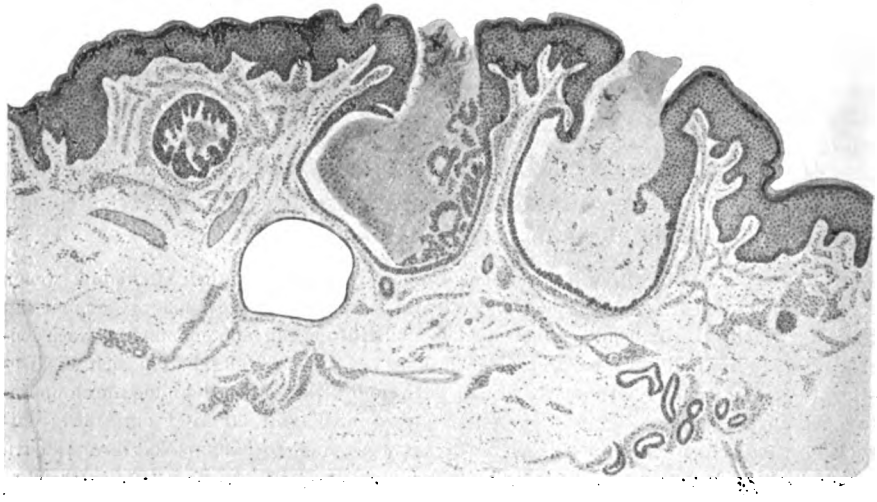


Fig. 1.

Zweifellos handelt es sich hier um einen systematisierten Nävus, der in Zusammenhang steht mit den Schweißdrüsenausführungsgängen. Alle Publikationen über Schweißdrüsennävi zeigen nämlich das gemeinsame Symptom einer zentralen Delle in der Mitte der Knötchen. (Publ. von Hallopeau und Fabry über Naevus porokeratodes.) Ferner ist die Porokeratosis Mibelli, die ja von manchen Autoren als generalisierter Nävus aufgefaßt wird, in ihren primären Knötchen gleichfalls durch die zentrale Delle charakterisiert. Die Effloreszenzen bei der Porokeratosis Mibelli sowie beim Naevus porokeratodes sind warzig hart. Pathologisch-anatomisch findet dies seine Erklärung dadurch, daß sich im histologischen Bilde gleichzeitig eine starke Hyperkeratose zeigt. In unserem Falle fühlten sich die Tumoren weich an, wie die sog. weichen Nävi. Der Fall deckt sich klinisch mit dem von Werther publizierten Fall. Denn beide Fälle sind 1. systematisiert, 2. decken sie sich vollständig bez. der Primäreffloreszenz (teigige Beschaffenheit, Delle), 3. zeigten sie den

Digitized by Google

gleichen therapeutischen Endeffekt, insofern als alle therapeutischen Maßnahmen vergeblich waren, abgesehen von Radium- und Mesothoriumbehandlung. Letzterer Behandlung scheint sich für die Nävi überhaupt ein sehr dankbares Feld zu erschließen; 4. verursachten sie dem Träger keinerlei Beschwerden.

Zur Feststellung einer genauen Diagnose wurde ein etwa pfennigstückgroßer Herd exzidiert und von Prof. Schridde (Path. Institut der Städt. Krankenanstalten) mikroskopisch näher untersucht. Die Färbung geschah mit Hämatoxylin.

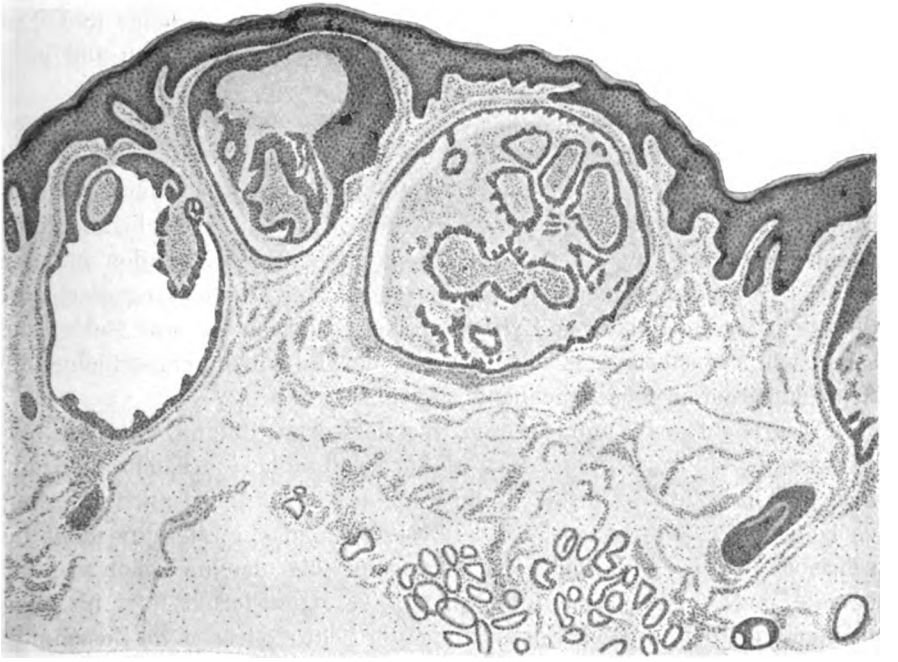


Fig. 2.

In Fig. 1 sind die auffallendste Erscheinung Einsenkungen des Epithels, die zystenartig erweitert tief in das Korium hineinreichen. In dem Schnitt sind zwei derartige Einsenkungen, die dicht nebeneinander liegen, senkrecht getroffen; der Schnitt gibt so die Verhältnisse an der Oberfläche sehr schön wieder. Die Einsenkungen entsprechen den Dellen, die an allen Tumoren klinisch als Charakteristikum in die Erscheinung treten und die gleich von vornherein auf die Vermutung führten, daß die Affektion mit den Schweißdrüsen und zwar mit den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen zusammenhänge.

In Fig. 2 sind die zystenartigen Erweiterungen schräg getroffen und daher sehen wir rundliche zystenartige Erweiterungen vor uns und die

Digitized by Google

Epidermis zieht scheinbar intakt darüber hinweg. Abgesehen von den Einstülpungen zeigt die Epidermis und die Kutis ziemlich normale Verhältnisse, vor allem keine entzündlichen Erscheinungen. Aus beiden Schnitten und aus einer ganzen Reihe anderer, die untersucht wurde, geht hervor, daß die zystischen Erweiterungen mit den Schweißdrüsenglomeruli zusammenhängen und die erweiterten Pori derselben darstellen. Die Schweißdrüsen selbst zeigen in beiden Schnitten keinerlei entzündliche Erscheinungen.

Wenden wir uns nun einer genaueren Beschreibung der zystischen Erweiterungen zu, so sind in Fig. 1 drei getroffen, zwei längs und eine kleinere schräg oder quer, in Fig. 2 sind drei schräg getroffen und ganz ist eine vierte eben gestreift.

Alle diese Zysten weisen nun im Lumen papilläre Wucherungen auf; der Inhalt der Zysten ist Detritus. Die auffälligste Erscheinung ist, daß alle Zysten ohne Ausnahme und ebenso alle die papillären Wucherungen mit mehrreihigem Zylinderepithel bedeckt sind. Der histologische Befund bestätigt also die klinische Diagnose, daß die Affektion mit den Schweißdrüsen zusammenhängt und zwar mit der Entwicklungsgeschichte derselben (mehrschichtiges Zylinderepithel), danach in das Gebiet der seltensten Nävusformen gehört, die mit der Entwicklungsgeschichte der Schweißdrüsen in Zusammenhang stehen.

Vergleicht man nun unseren histologischen Befund mit dem von Werther publizierten, so ist sofort klar, daß in beiden Fällen eine ganz analoge klinische und histologische Veränderung vorliegt; auch unterliegt es keinem Zweifel, daß bislang derartige Fälle in der Literatur nicht beschrieben wurden. Die Fälle ergänzen somit die ohnehin schon so interessante und umfangreiche Literatur der systematisierten Nävi im allgemeinen und der mit der Entwicklung der Schweißdrüsen im Zusammenhang stehenden im besonderen und zeigen, daß unsere Kenntnisse über letztere keineswegs abgeschlossen sind, und daß es sich ganz gewiß lohnt, jeden einzelnen Fall vor allem histologisch zu untersuchen.

Literatur.

Werther, Syringadenoma papilliferum. Arch. f. Derm., Bd. 116, S. 865.

Digitized by Google

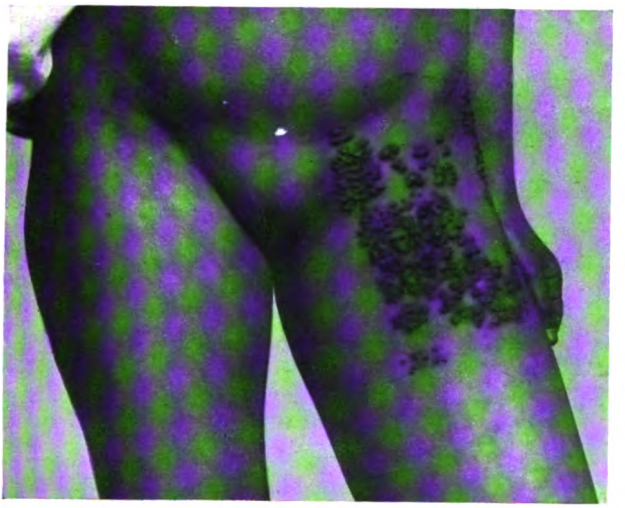


Fig. 1.

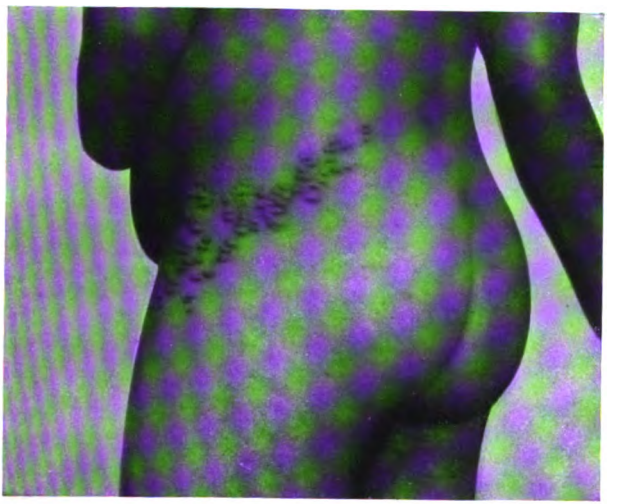


Fig. 2.

Digitized by Google

Digitized by Google

Aus der Praxis.

Aus der dermatologischen Abteilung der allgemeinen Poliklinik in Budapest
(Chefarzt: Prof. Dr. Ludwig Török).

Über Embarin.

Von

Dr. Alfred Róth.

Bei Behandlung mit dem kombinierten Salvarsan-Quecksilber müssen wir auf den eventuellen Arsengehalt des Quecksilberpräparates bedacht sein, daß wir nicht durch minimale Arsendosen die Spirochäten „arsenfest" machen und hierdurch die Salvarsanwirkung vermindern. Aus diesem Grunde ist Enesol zur kombinierten Behandlung weniger geeignet. Dasselbe ist vom Corrosol zu verzeichnen. Die zuletzt genannten zwei löslichen Salze besitzen auch eine schwächere Wirkung. All diese obenerwähnten Fehler auszumerzen, wäre das Embarin berufen, welches von der Radebeul-Dresdener chemischen Fabrik Heyden uns zu Versuchszwecken zur Verfügung gestellt wurde.

Lorb und Sowade, die dieses Mittel zuerst versuchten, loben dessen antiluetische Wirkung. Nach ihren Angaben zeigten sich bei Verwendung des Embarins weder Infiltrate noch Abszesse an der Injektionsstelle und werden weder die Nieren noch der Darmkanal gereizt. Nach diesen Äußerungen haben wir gern die zur Verfügung gestellte Versuchsquantität entgegengenommen und haben die Wirkung des Mittels an 25 Kranken beobachtet.

Embarin ist die $6^2/_3$ %ige Lösung des merkursalizylsauren Natriums, welche außerdem $^1/_2$ % Akoin enthält. Embarin enthält 3 % Quecksilber, und so entspricht 1 ccm Embarin 0,03 g Quecksilber. Infolge dieses hohen Quecksilbergehaltes steht Embarin über allen in Verwendung stehenden löslichen Quecksilbersalzen.

Nach der Zusammenstellung Planners (Mediz. Wochenschrift, 1913, Nr. 40) enthält

1 ccm	1 %ige	Sublimatlösung	0,0074	Quecksilber
1 „	2 %ige	„	0,0148	„
1 „	5 %ige	„	0,02	„
1 „	Asurol		0,0125	„
1 „	Embarin		0,03	„

Im nachfolgenden teile ich einige Krankengeschichten mit:

1. L. W., Schneider, 38 Jahre alt. 14. VII. 1913. Hatte vor einem Jahre eine Sklerose. Gegenwärtig Roseolen am Rumpf und große Plaques an beiden Tonsillen. Beim Schlucken heftige Schmerzen. WR +++. Therapie: Embarininjektionen kombiniert mit Joha.

15. VII. 0,2 Joha. Vom 17.—20. VII. täglich Embarininjektionen. 21. VII. 0,2 Joha. 22. VII. Die Roseolen am Rumpf sind verschwunden, Plaques kleiner, Schlingbeschwerden gelinder. Erhält neuerlich Embarin. 28. VII. Plaques verschwunden.

2. VIII. Erscheinungslos. WR +. Erhält Embarin weiter.

14. VIII. Keine Erscheinungen, erhielt bisher 20 Embarin.

4. IX. WR —. 26. IX. Erscheinungslos.

2. S. J., Kommis, 31 Jahre alt. 12. XI. 1913. Infektionen vor 8 Jahren, wurde damals mangelhaft behandelt. Gegenwärtig sieht man am ersten Drittel der Mittel des rechten Unterschenkels eine geschwürige kronengroße Gumma. WR —. Therapie: Erhält jeden zweiten Tag Embarininjektionen, lokal Sublimatverbände. 20. XI. Geschwür auffallender, lebhafte Granulation sichtbar. 24. XI. Gumma bis zur Hälfte verheilt. 15. XII. Nach 15 Embarininjektionen Gumma verheilt. 18. XII. Erscheinungslos. WR —.

Digitized by Google

3. J. Sz., Schuster, 38 Jahre alt. 9. XI. 1913. Infektion vor 6 Jahren, erhielt damals 36 Injektionen. St. pr.: An der unteren Oberfläche der Zunge Plaques. WR +++. Therapie: Täglich eine Embarininjektion, 12. XI. St. idem. 20. XI. Von den Plaques unter der Zunge nur noch Spuren. 22. XI. Plaques verschwunden. 10. XII. Ohne Erscheinungen. WR +++. 8. I. Keine Erscheinungen. WR +. Erhielt im ganzen 30 Embarin. Hat die Injektionen bis zum Schluß gut vertragen.

4. H. J., Agent, 38 Jahre alt. 28. XI. 1913. Infektion vor 20 Jahren, erhielt damals 8 Einreibungen. St. pr.: Rand der Zunge stark exulzeriert, stellenweise kleine Leukoplaquesinseln. Rücken der Zunge stark gefurcht und an mehreren Stellen geschwürig. Starker Geruch aus dem Munde. WR +++. Therapie: Erhält täglich Embarininjektionen, Geschwüre werden mit Jodtinktur gepinselt. 2. XII. Die am rechten Rand der Zunge befindlichen Geschwüre beginnen sich zu reinigen. Mundgeruch verschwunden. 6. XII. Die am Rücken als auch auf der linken Seite der Zunge befindlichen Geschwüre beginnen sich auch zu reinigen. 10. XII. Rücken der Zunge ist gleichmäßiger, erhält 0,2 Joha. 14. XII. Zunge ist belegt. 20. XII. Hinterer Teil der Zunge ist noch belegt. Geschwüre sind verheilt. 4. I. Ohne Erscheinungen. 10. I. WR —.

5. G. B., Mediziner, 23 Jahre alt. 16. XII. 1913. Hat seit einer Woche an der Oberlippe eine haselnußgroße geschwürige Sklerose. Spirochätenbefund positiv. Therapie: Erhält täglich Embarin. 20. XII. Die Sklerose reinigt sich. 24. XII. Die Sklerose ist kleiner. Erhält Embarin jeden zweiten Tag. 30. XII. An der Stelle der Sklerose ist ein kleines erbsengroßes Infiltrat zu spüren. 10. I. Keine Erscheinungen. Erhält 0,4 Joha. 12. I. Keine Erscheinungen. 17. I. Keine Erscheinungen. WR —.

6. S. P., Arbeitersfrau, 40 Jahre alt. 24. II. 1914. Erinnert sich an keine Infektion. Am Halse, Rachen, an der mit Haaren bedeckten Kopfhaut große Papeln. Auch an der rechten Kniebeuge, so auch in der Gegend des linken Glutkalis sind große Papeln. Ist heiser, klagt über Kopfschmerz. Therapie: Erhält täglich Embarininjektionen. WR +++. 2. III. Heiserkeit geringer, Kopfschmerz kaum noch, Papeln sind blasser. 6. III. An Stelle der Papeln stärkere Pigmentation. Erhält Embarin jeden zweiten Tag. 20. III. Stelle der Papeln kaum sichtbar, Befinden gut. WR ++. Geringere Gingivitis. 30. III. Gingivitis verschwunden. 10. IV. Erhielt insgesamt 26 Embarininjektionen. Keine Erscheinungen. WR —.

7. St. N., Kellnersgattin, 23 Jahre alt. 20. III. 1914. Erinnert sich an keine Infektion. Ist seit 4 Jahren verheiratet und Mutter eines Kindes. Einmal abortiert. Gegenwärtig am unteren Drittel beider Unterarme zirzinär angeordnete Papeln. WR ++. Erhält täglich eine Embarininjektion. 30. III. Die am Unterarm befindlichen Papeln sind in Rückbildung begriffen. 9. IV. An den Stellen der Ausschläge ist noch eine geringe Infiltration zu tasten. 14. IV. An der Stelle der Ausschläge ist eine stärkere Pigmentation zu sehen. WR ++. Erhielt im ganzen 16 Embarininjektionen.

8. Julie Sz., Büglerin, 25 Jahre alt. 25. III. 1914. Infektion Ende 1912. Letzte Behandlung vor 2 Monaten. Gegenwärtig an beiden Tonsillen Papeln. Therapie: Täglich eine Embarininjektion. WR ++. 4. IV. Die Plaques an den Tonsillen sind verschwunden. Kopfschmerzen, appetitlos. 7. IV. Kopfschmerz hat aufgehört. Injektionen werden gut vertragen. 14. IV. Keine Erscheinungen. WR ++. Behandlung wird fortgesetzt.

9. K. J., Mediziner. 16. III. 1914. Infektion vor einem Jahre. Derzeit symtomenfrei. WR +++. Therapie: Täglich eine Embarininjektion. 15. IV. Bekam insgesamt 20 Injektionen. WR —.

Einen ähnlichen Verlauf konnten wir noch in weiteren 17 Fällen konstatieren. Im nachfolgenden Fall waren wir indes bemüßigt, zu anderen Medikamenten zu greifen.

G. K., Chemiker, 32 Jahre alt. 3. VIII. 1913. Infektion vor 2 Jahren. St. pr.: An beiden Arcus pharyngei zahlreiche Plaques. 3. VIII. —. 12. VIII. Täglich Embarininjektionen, indes bleiben die Plaques unverändert. Am 13. VIII. Erhält 1 ccm vom 10%igen Hydrargyrum salicylicum. Am 17. VIII. Dasselbe. Die Erscheinungen sind unverändert. 23. VIII. St. idem. 24. VIII. 0,2 Joha. 26. VIII. St. idem. 27. VIII. Erhält eine $^1/_2$ grammige Kalomelinjektion. 28. VIII. Die Plaques sind kleiner. 31. VIII. Neuerlich $^1/_2$ g Kalomelinjektion. 2. IX. Plaques verschwunden.

In diesem Falle ließ uns nicht nur Embarin, sondern auch Salvarsan im Stiche, und wir vermochten nur mit dem sehr energischen Kalomel die Wirkung zu erzielen.

Digitized by Google

In zwei Fällen mußten wir wegen den aufgetretenen Intoxikationserscheinungen von der Verwendung des Embarins absehen.

Es sind dies folgende:

1. O. K., Arzt, 28 Jahre alt. 14. III. 1913. Infektion vor 2 Monaten. Erhielt bisher 2 intramuskuläre 0,4 Salvarsaninjektionen. Keine Erscheinungen. WR ++. 16. III. —. 4. IV. Zehn Embarininjektionen, am 4. IV. die elfte Injektion. 5. IV. Schüttelfrost. Abends Körpertemperatur 38,8. 6. IV. Temperatur normal. Erhält neuerlich eine Embarininjektion. Um 1 Uhr nachts neuerlicher Schüttelfrost, Temperatur erhöhte sich auf 39,6°. 8. IV. Temperatur wieder normal. Erhält nachmittags 5 Uhr die 13. Injektion. Abends ½8 Uhr starkes Fieber, am Körper unausstehlicher juckender morbilliartiger Ausschlag, die Temperatur erreicht 40,8°, und trotz aller kalten Abgießungen und Eisbeutel bleibt das Fieber bis Mittag des folgenden Tages über 40°. 12. IV. Patient ist fieberfrei, fühlt sich indessen fürchterlich schwach und schwindlig.

2. Irma G., Tänzerin, 30 Jahre alt. 6. XII. 1913. Hat seit 5 Tagen auf der rechten Seite der Unterlippe eine halbhellergroße geschwürige Sklerose. Drüse unter dem rechten Kinn hat Taubeneigröße. Spirochaeta +. Therapie: Angesichts dessen, daß Patientin täglich auftreten muß, erhält dieselbe vorderhand täglich Embarin. 9. XII. Geschwür reinigt sich. 11. XII. Sklerose wird vollkommen weich. Erhält vormittags 10 Uhr neuerlich Embarin. Um 1 Uhr mittags stellt sich bei Patientin Schüttelfrost ein, welchem eine Temperatur von 39,2° folgt. 12. XII. Fieberfrei. 13. XII. Neuerlich Embarin. Nach der Injektion stellt sich nach 3 Stunden wieder Schüttelfrost ein, dem ein Fieber von 39,6° folgte. Nach diesen wurde Embarin ausgelassen. Patientin wurde einer Inunktionskur unterworfen. 20. XII. Die Inunktion wird gut vertragen, die Sklerose heilte.

Die von mir beobachteten unangenehmen Komplikationen hat ohne Zweifel das Embarin verursacht. Ähnliche Intoxikationserscheinungen sah Sowade, Gappisch und Fried in je einem Falle. Fried schreibt diese der Unempfindlichkeit des Organismus gegen Embarin zu. Gappisch glaubte, daß vielleicht das im Embarin enthaltene ½% Akoin die Intoxikationserscheinungen herbeigeführt hat und hat infolgedessen dem das Embarin nicht vertragenden Patienten reines Akoin injiziert, welches indessen Patient sehr gut vertrug. Bezüglich der lokalen Wirkung überragt Embarin wesentlich alle in Verwendung stehenden Quecksilberpräparate. In manchen Fällen konnte ich wohl konstatieren, daß die Embarininjektion selbst schmerzhafter war als jene der anderen Quecksilberpräparate, doch hörte in einigen Sekunden nach der Injektion der Schmerz auf. Um die Schmerzen bei Applikation der Injektion zu vermeiden, habe ich auf Rat des Herrn Professor Török Embarin langsam, sozusagen tropfenweise eingespritzt. So kam die Akoinwirkung vorerst zur Geltung und verhinderte die durch die Embarininjektion verursachten Schmerzen. Infolge jener Eigenschaft des Embarins, daß Eiweiß nicht niedergeschlagen wird, werden auf der Injektionsstelle keine Infiltrate verursacht, was bei Behandlung luetischer Frauen außerordentlich wichtig ist, denn, wie bekannt, pflegen diese unter den in den subkutanen Geweben zustande gekommenen, schwer sich aufsaugenden Infiltraten schwer zu leiden.

Embarin wird in schwereren Fällen täglich, in leichteren jeden zweiten Tag angewendet. 15—20 Injektionen genügen für eine Kur, es können aber auch mehr appliziert werden.

Sowohl mit der kombinierten Salvarsan-Embarin-, als auch mit der reinen Embarinbehandlung gelang es, die positive Wassermannsche Reaktion auf negativ überzuführen.

Nach alledem können wir sagen, daß Embarin ein ausgezeichnetes Antisyphilitikum ist, welches der praktische Arzt erfolgreich zu verwenden vermag. Es empfiehlt sich, die Injektionsnadel in Alkohol zu halten, daß nicht etwa die gebräuchliche Injektionsflüssigkeit die reine Embarinlösung niederschlägt.

Digitized by Google

Versammlungen.

Verhandlungen des 2. Kongresses des Nordischen Dermatologischen Vereins. Stockholm, 5.—7. Juni 1913.

(Stockholm, P. A. Norstedt und Söner, 1914.)

1. Über Besniers Prurigo, von C. Rasch-Kopenhagen. Die Krankheit, die Besnier als Prurigo diathésique bezeichnet hat, beginnt meist in frühester Kindheit, seltener mit 3—6 Jahren oder gar in der Pubertät; sie befällt oft mehrere Geschwister. Meist handelt es sich um blasse, nervöse Kinder; sie werden unruhig und kratzen; auf der Haut sieht man keine charakteristischen Effloreszenzen, entweder Strophulus oder Ekzem. Das Jucken befällt hauptsächlich die Ellenbeugen, Kniekehlen, Hals und Gesicht, seltener andere Körperteile; es ist remittierend und tritt in nächtlichen Paroxysmen auf. An den genannten Prädilektionsstellen findet sich später diffuse Lichenifizierung; nach den Juckparoxysmen sind die Herde fissuriert und nässend. In manchen Fällen ist das Leiden mit Bronchialasthma kombiniert. Die Krankheitsdauer ist sehr lange; oft werden die Exazerbationen durch das Licht ausgelöst. Die Prognose ist schlecht, die Therapie wenig wirkungsvoll. Neben der lokalen Therapie mit den üblichen juckstillenden Mitteln legt Verfasser großen Wert auf vegetabilische Diät, da er auf diese Weise lange Remissionen, vielleicht Heilungen, erzielt hat. Das Leiden wird nicht allseitig als eigene Form anerkannt, sondern vielfach der Hebraschen Prurigo oder mit Ekzem identifiziert. Von ersterer unterscheidet es sich durch die verschiedene Lokalisation, von letzterem durch das primäre Auftreten des Juckens und die lange Dauer. Verfasser meint, daß die Krankheit identisch ist mit der von H. v. Hebra beschriebenen Dermatomycosis diffusa flexorum.

2. Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Kohlensäureschnee, von Paul Haslund-Kopenhagen. S. diese Ztschr., Bd. 57, S. 1457.

3. Zur Frage von der Lokalisation der akuten strichförmigen Dermatosen, von Afzelius-Stockholm. Verfasser erwähnt Fälle, bei denen das Fortschreiten einer Dermatose (chron. Ekzem) den Eindruck machte, als ob es längs eines Lymphgefäßes, bzw. eines Nerven erfolge; doch widerlegte eine eingehende Prüfung diese Annahme. Verfasser ist vielmehr der Ansicht, daß die Ausbreitung akuter strichförmiger Dermatosen metamer erfolge. Dafür spricht auch ein vorgestellter Fall von seborrhoischem Ekzem, wo ein lichenoider Ausschlag horizontal quer über die Brust, über die Schulter und über den ganzen Arm zog. Vielleicht bilden diese Segmentgrenzen einen locus minoris resistentiae.

4. Über das Analekzem und die Behandlung desselben, von Moberg-Stockholm. Verfasser macht keinen Unterschied zwischen Ekzema und Pruritus ani, da er praktisch unwesentlich ist. Beide Erkrankungen machen schließlich dieselben Erscheinungen. Wichtig ist die Differentialdiagnose gegen Psoriasis ani, die nicht allzu selten ist. In therapeutischer Hinsicht ist die Allgemeinbehandlung von größter Wichtigkeit; daneben übt Verfasser die Lokalbehandlung mit chemischen Mitteln. Die souveräne Therapie erscheint ihm aber die vorsichtige Röntgenbestrahlung; Verfasser gibt $^1/_4$—$^1/_3$ Erythemdosis mehrmals in Pausen von 3—4 Wochen. Die Bestrahlung wirkt juckstillend, beseitigt die Lichenifikation und setzt die sekretorische Tätigkeit der Hautdrüsen herab. In refraktären Fällen oder bei Rezidiven wendet Verfasser mit Erfolg die Hochfrequenzbehandlung an.

Digitized by Google

5. Über Tätowierungen, von Kr. Grön-Christiania. Vortrag mit Demonstration von Lichtbildern.

6. Untersuchungen über den Mikroorganismus der Lepra, von J. Reenstierna-Stockholm. S. diese Ztschr., Bd. 57, S. 1048.

7. Von der akuten disseminierten Hauttuberkulose im Kindesalter, von E. Bruusgaard-Christiania. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

8. Vorläufige Mitteilung über eine neue abortive Behandlung der Blennorrhoe, von O. Jersild-Kopenhagen. Zum Gelingen einer Abortivkur ist erforderlich, daß die Medikamente lange und bis vorn an das Orificium externum mit der Harnröhrenschleimhaut in Berührung sind; ferner müssen sie eine hinreichende Tiefenwirkung haben. Zu ersterem Zwecke wurde die Harnröhre verlängert durch eine mittels Ansaugens an der Glans fixierte Glasglocke mit Gummischlauch. Die Medikamente blieben $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunde in der Urethra. Die Tiefenwirkung erreichte Verfasser durch Elektrolyse von 1‰ Kupfersulfat. Die Anode wird in die Urethra eingeführt. 2—3 Sitzungen zu 15—20 Minuten, 5—15 Milliampere. Auf diese Weise konnte Verfasser zehn von 14 Trippern abortiv heilen.

9. Zur Frage von der Heilbarkeit der Blennorrhoe bei Prostituierten, von H. J. Schlasberg-Stockholm. Verfasser verwendet bei der Blennorrhoe der Zervix und der weiblichen Urethra Kusylol, das in 2%iger Stärke einer Tragakanthgrütze beigesetzt ist. Täglich ein- bis zweimal werden 4 ccm injiziert. Die Behandlung wird gut vertragen. Die Mehrzahl der Fälle scheint durch längere Beobachtungsdauer geheilt zu sein.

10. Erfahrungen über Gonargin, von Marcus-Stockholm. Es wurden 5 bis 25 Millionen Gonokokken intramuskulär injiziert; die Intervalle und die Zahl der Injektionen richteten sich nach dem therapeutischen Effekte und dem Allgemeinzustande des Kranken. An den Injektionsstellen und an den Krankheitsherden wurden Reaktionen beobachtet; zweimal kam es zu Gelenkschmerzen. Bei unkompliziertem Tripper wurde kein Erfolg beobachtet. Dagegen war die Wirkung auf Schmerzen und Fieber bei Komplikationen der männlichen wie der weiblichen Geschlechtsorgane meist sehr prompt.

11. Über Blennorrhoe der Urethra duplex und deren Behandlung, von Karvonen-Helsingfors. Als Urethra duplex dürfen nur die seltenen Fälle bezeichnet werden, bei denen außer der normalen Harnröhre ein urethraähnlicher Gang in der Mittellinie des Dorsum penis verläuft. In einem Falle von blennorrhoischer Erkrankung eines solchen Ganges hat Verfasser durch Protargolspülungen mittels eines Tubenkatheters und durch Einführung von Schmelzbougies Heilung erzielt.

12. Über Radiumbehandlung von Hautkrankheiten, von Jörgen Schaumann-Stockholm. Behandelt wurden hauptsächlich Lupus erythematodes und vulgaris, Angiom, Epitheliom, Ekzem. Die Erfolge waren befriedigend.

13. Fall von Epitheliom in einem alten Lupus erythematosus, von Schaumann. Aus dem atrophischen Zentrum eines 17 Jahre alten Lupus erythematosus entwickelte sich sieben Monate nach einem Trauma ein rasch wachsender, ulzerierender Stachelzellenkrebs.

14. Fall von Lupus pernio, von Schaumann. 32jähriger Patient. Vor 11 Jahren trat eine spindelförmige Auftreibung einiger Finger auf; seit sechs Jahren bestehen rote, infiltrierte Plaques an der Nase und den Wangen. Die Zehen seit fünf Jahren aufgetrieben. Tuberkulose nicht nachweisbar. Besserung durch Lichtbehandlung.

15. Fall von isolierter Blennorrhoe eines Paraurethralganges, von Marcus. Vier Tage nach dem infizierenden Koitus trat bei dem Kranken ein „Furunkel" am Penis auf. In der Penoskrotalfalte fand sich in der Mittellinie eine wallnußgroße, wenig dolente, verschiebliche, derbe Anschwellung. Von dieser erstreckte sich subkutan nach

Digitized by Google

vorwärts ein bleistiftdicker Strang, der 5 cm hinter dem Orificium externum mit einer feinen Öffnung mündet. Aus dieser kam dicker, grüngelber Eiter mit reichlich Gonokokken. Die Harnröhre völlig normal.

16. Fall von Pemphigus foliaceus, von MARCUS. Der 23jährige Patient erkrankte vor $2^1/_2$ Jahren mit erbsen- bis bohnengroßen Blasen auf der Brust, später am ganzen Körper; sie platzten und hinterließen schmerzhafte Erosionen. Bei der Aufnahme fand sich die ganze Haut gerötet; die Epidermis teils auf unregelmäßigen Stellen abgestoßen, teils in großen Lamellen abschuppend, bei geringen Reizen leicht ablösbar. Später Tod an tuberkulöser Meningitis.

17. Fall von Ulcera neurotica oris, von MARCUS. Der 22jährige Tischler wurde einige Wochen nach einer Angina von Geschwüren der Mundschleimhaut befallen, die ihm heftige Beschwerden machten. Es fanden sich tiefe Geschwüre mit unregelmäßigen, wulstigen Rändern, einem roten Entzündungshofe und schmierigem Belage. Keine Diphtherie- oder fusiformen Bazillen. Die Therapie war ziemlich erfolglos. Die Krankheit heilte unter Nachschüben allmählich ab, doch kamen Rezidive.

18. Fall von Ulcus gangraenosum vulvae, von MARCUS. Bei dem 2jährigen Mädchen fanden sich die großen Schamlippen kolossal entzündlich gerötet und geschwollen; an der Innenseite reichliche, gelbe, fibrinöse, festhaftende Beläge. Diese stießen sich bald ab und hinterließen gut granulierende Wundflächen.

19. Fall von Urticaria pigmentosa (abortiva), von MARCUS. Der 13jährige, stets gesunde Knabe trank durch Versehen eine minimale Menge Lauge, die ihm nur geringe Beschwerden verursachte. 3—4 Tage später trat unter Fieber am ganzen Stamme ein aus roten, erhabenen Flecken bestehendes, heftig juckendes Exanthem auf. Es verschwand in 3—4 Tagen, doch blieben bläulichbraune Flecke zurück, die unverändert blieben. Diese bedeckten den ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes, standen dicht und lagen im Hautniveau. Die histologische Untersuchung ergab die Veränderungen der Urticaria pigmentosa.

20. Fall von eigentümlichen Naevi, von ALMKVIST. Bei dem 30jährigen Patienten finden sich auf dem Rumpfe pfennig- bis markstückgroße, ovale, weiße Flecke in ziemlich symmetrischer Anordnung. Inmitten der größeren Flecke sieht man ein stecknadelkopf- bis hanfkorngroßes gerötetes Infiltrat; dieses erweist sich bei näherer Untersuchung als Naevus vasculosus. Die weißen Flecke verschwinden bei Glasdruck fast völlig, treten aber bei mechanischer Hautreizung deutlicher hervor. Die mikroskopische Untersuchung ergibt das Bild des weichen Nävus. Verfasser hält die Flecke für einen Naevus anaemicus VÖRNER.

21. Fall von Naevus anaemicus (VÖRNER), von ALMKVIST. 36jähriger Mann mit einem mandelgroßen und einem kleineren weißen Flecke am Skrotum, die bei Glasdruck verschwinden, bei mechanischer Hautreizung deutlicher hervortreten.

22. Fall zur Diagnose, von ALMKVIST. 26jährige, sicher syphilitische Patientin hatte am linken Gaumenbogen oberhalb der Tonsille eine pfenniggroße ringförmige Efloreszenz mit bleichem, leicht narbigem Zentrum und Rötung und harter, infiltrierter, höckeriger Peripherie. Keine syphilitischen Erscheinungen, keine Spirochäten, WASSERMANN positiv. Nach drei Salvarsan- und Quecksilberinjektionen war die Efloreszenz verschwunden. Es lag also ein ringförmiges Syphilid vor.

23. Fall von Dermatitis herpetiformis, von ALMKVIST. Das Leiden besteht bei der 65jährigen Frau seit zwei Jahren. Der Ausschlag war über die Gesäßregion, den Bauch, Schamberg, Innenseite der Oberschenkel, Kniekehlen, Oberarm und die linke Schulter ausgebreitet in Form von leicht abzulösenden Krusten und Schuppen auf geröteter,

Digitized by Google

nicht infiltrierter Haut, aber ohne deutliche Bläschenbildung. Heftiges Jucken. Häufige Rezidive.

24. Fall von Syphilis congenita mit Meningitis, von ALMKVIST. Der 2jährige Knabe zeigte bei der Aufnahme Nackensteifigkeit, Nystagmus und athetotische Bewegungen in den Fingern, aber keine syphilitischen Erscheinungen an der Haut oder Schleimhaut, keine Milz- oder Lebervergrößerung. WASSERMANN positiv. Er war psychisch zurückgeblieben. Durch spezifische Behandlung wurde der Allgemeinzustand bedeutend gebessert, doch waren die anderen Symptome sehr hartnäckig.

25. Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum, von ALMKVIST. 82jähriger Patient. An beiden Unterschenkeln und Fußrücken erbsengroße, harte Knötchen von lividbräunlicher Färbung und braunpigmentierte Flecke. Ödem im Unterhautzellgewebe. Der Ausschlag besteht seit zwei Jahren; geringe Besserung durch Röntgenstrahlen.

26. Fall von Nagelveränderungen bei Syphilis, von BIRGER. 41jähriger, sicher syphilitischer Patient. Die Fingerenden sind platt, empfindlich, die Nägel decken kaum die Hälfte der Breite. Die Nägel sind abgeplattet, sehr verdickt, am meisten in der Mitte, wo sie mehr als viermal so dick sind wie normal, an der Oberfläche gewellt. An den Zehennägeln dieselben Veränderungen stärker ausgeprägt. Durch spezifische Behandlung wurde allmählich die Veränderung fast völlig beseitigt.

27. Fall zur Diagnose (Sarcoma cutis), von STRANDBERG. Bei der 42jährigen Patientin war vor 4—5 Jahren über dem linken Schulterblatt ein harter, braunroter, juckender Knoten aufgetreten, der allmählich wuchs und operativ entfernt wurde. Einige Monate später erfolgte ein Rezidiv. Es fand sich ein 8:4 cm großer, 1 cm hoher, blauroter, fast knorpelharter Knoten mit höckerig-warziger Oberfläche, der nicht völlig verschieblich war. Er erwies sich histologisch als Fibrosarkom.

28. Fall von Onychia sicca luetica, von STRANDBERG. 58jährige, sicher syphilitische Patientin. Die sämtlichen Nägel sind stärker gewölbt, dick, schmutzig-graugelb, mit unebener faltiger Oberfläche. Der Rand ist spröde und uneben; an einigen Fingern ist der proximale Teil aus dem Nagelbette gehoben.

29. Fall zur Diagnose: Onychia punctata (Psoriasis?), Verfasser nicht angegeben. Bei dem 7jährigen Mädchen sind die Nägel des ersten und zweiten, sowie des rechten fünften Fingers mit dichtstehenden Grübchen versehen. Durch Behandlung wird Besserung erzielt, doch erfolgen stets Rezidive.

30. Fall von Onychomykosis favosa, von STRANDBERG. Die Affektion der Nägel besteht bei der 18jährigen Patientin sehr lange. Die Nägel sind faltig, trocken, schmutzig-graugelb, verdickt. Mikroskopisch reichlich Favuspilze. Auf der rechten Hand und Handwurzel eine große, im Zentrum abgeheilt, ringförmige Effloreszenz.

31. Fall von Lupus erythematosus bei einem 4jährigen Kinde, von STRANDBERG. Die Krankheit begann vor einem Jahre. Bei der Aufnahme fanden sich auf beiden Wangen zweimarkstückgroße infiltrierte Plaques, Teleangiektasien, kleine festhaftende Schuppen mit Hornzäpfchen an der Unterseite, erweiterte Follikelmündungen. Später traten an den Händen und am rechten Unterarm Lupus erythematosus-Flecke auf; es wurde auch Tuberkulose manifest.

32. Fall zur Diagnose, von STRANDBERG. Bei der 49jährigen Frau juckender Ausschlag seit zwei Jahren an den Streckseiten der Hände und der Arme, später im Gesicht. Die Haut ist trocken, lichenifiziert, stellenweise mit kleinen platten Papeln versehen. Keine typischen Lichenpapeln. An den Armen Kratzeffekte und pigmentierte, oberflächliche Narben. An der Mundschleimhaut typische Effloreszenzen von Lichen

Digitized by Google

ruber planus. Der Fall wird als chronisches Ekzem + Lichen ruber planus der Mundschleimhaut aufgefaßt.

33. Fall von Sclerodermie en plaques, von STRANDBERG. Das Leiden begann bei der 47jährigen Patientin vor zehn Jahren mit Rötung der Handrücken und ergriff dann allmählich in symmetrischer Weise die Arme, Gesicht, Rücken und Unterschenkel. Die erkrankten Hautpartien sind blaurot verfärbt, über die Umgebung erhaben, derb, unelastisch. Durch Fibrolysin gewisse Besserung.

34. Der Einfluß der Temperatur auf die Komplementbindung bei der WASSERMANNschen Reaktion, von BOAS. Die Untersuchungen zeigten, daß die Temperatur einen deutlichen Einfluß auf die Komplementbindung hat. Es wird daher vorgeschlagen, die Reaktion erst $^3/_4$ Stunde bei 16°, dann $^3/_4$ Stunde bei 37° vor sich gehen zu lassen.

35. Supermaximale Injektionen von Benzoas hydrargyricus zur Behandlung von Syphilis, von EHLERS-Kopenhagen. Verfasser hat Versuche angestellt, um den Ictus therapeuticus durch Salvarsan, durch die Injektion einer hohen Dosis eines löslichen Quecksilberpräparates zu ersetzen. Er verwendete zu diesem Zwecke benzoesaures Quecksilber und kam bei vorsichtiger Steigerung zu einer Anfangsdosis von 0,25 (in 2%iger Lösung). An diese erste Injektion schließt sich dann eine leichtere Quecksilberkur in Form von Inunktionen oder Injektionen an. Die Wirkung einer solchen starken Dosis war ausgezeichnet: ulzerierte Primäraffekte heilten rasch, Roseolen verschwanden in 1—2 Tagen, papulöse Eruptionen leisteten etwas länger Widerstand. Ferner wurde das Negativwerden des WASSERMANN erreicht. Die Einspritzung wurde gut vertragen; üble Nebenerscheinungen wurden nicht stärker wie bei anderen Quecksilberkuren gesehen. Verfasser empfiehlt, das Verfahren nachzuprüfen und bei Frauen 0,15, bei Männern 0,2, bei besonders starken Individuen 0,25 als Erstdosis zu verabreichen.

36. Bemerkungen über die Resultate der Behandlung von Syphilis mit Quecksilber, speziell mit Injektionen, von PAUL HASLUND. Verfasser verfolgt mit seinem Behandlungsmodus den Zweck, die erste Behandlung möglichst intensiv und ferner so zu gestalten, daß die Wirkungen der Kur sich nicht verlieren. Er setzt daher an Stelle der intermittierenden die chronische Quecksilberbehandlung. Zuerst wird eine Hauptkur eingeleitet zu 10 Injektionen a 0,1 Hg, die sich etwa über 3 Monate hinzieht. Dann wird die Behandlung in Form von Einzelinjektionen zu 0,1 Merkuriolöl oder grauem Öl fortgesetzt, und zwar durch 1—$1^1/_2$ Jahre in monatlichen Zwischenräumen, durch ein weiteres $^1/_2$ Jahr alle 2 Monate und dann noch einige Zeit hindurch alle 3 Monate. Dann entscheidet die WASSERMANNsche Reaktion über die weitere Behandlung.

37. Zwei Fälle von Reinfektion von Syphilis nach Salvarsanbehandlung, von MÜLLERN-ASPEGREN-Stockholm. S. diese Ztschr., Bd. 59, S. 1241.

38. Abortivbehandlung von Syphilis recens mit Salvarsan, von MÜLLERN-ASPEGREN-Stockholm. S. diese Zeitschr., Bd. 58, S. 151.

39. Über präventive Behandlung wegen Syphilis, von SANDMAN-Stockholm. Verfasser hat einige Patienten, die mit sicher Syphilitischen geschlechtlich verkehrt hatten, aber keinerlei Symptome von Syphilis aufwiesen, präventiv teils mit lokalen Hektargyr-, teils mit intravenösen Salvarsaninjektionen behandelt.

40. Ein Fall von Syphilis von der Mutter auf das Kind 20 Jahre nach der Infektion übertragen, von BOAS-Kopenhagen. S. diese Ztschr., Bd. 58, S. 372.

41. Fall zur Diagnose, von AFZELIUS. Bei dem dreijährigen Kinde hatte der Ausschlag vor einem Jahre an der Stirn begonnen und sich dann fast auf den ganzen Körper ausgebreitet. Es finden sich stecknadelkopfgroße, wenig erhabene, flache glänzende Papeln

Digitized by Google

hell-wachsgelber Farbe; sie stehen in Gruppen, konfluieren aber nirgends. Trotz äußerer und innerer Behandlung trat keine Änderung ein.

42. Fall von Sarcoma idiopathicum (Kaposi), von Afzelius. Bei dem 55jährigen Patienten bestehen die Tumoren seit mehreren Jahren an einer Hand. Durch Röntgenstrahlen wurden sie zum Verschwinden gebracht, doch erfolgte wieder ein Rezidiv.

43. Zwei Fälle von Kaposis Sarkom, von Moberg.

44. Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum, von Almkvist. Bei der 65jährigen Patientin an beiden Füßen, besonders an den Außenseiten und den Fußsohlen, eine größere Menge hanfkorn- bis bohnengroßer, blaubrauner, harter, indolenter Knoten.

45. Tuberkulide, teils vom Aknitis-, teils vom Lupus erythematosus-Typus, von Müllern-Aspegren. 44jähriger Mann hatte vor 23 Jahren Ausschlag an den Ohren, Händen und Fingern; Abheilung nach mehreren Jahren. Vor 4—5 Jahren trat er wieder auf. Die Ohren dicht von hirsekorngroßen, meist alten Narben bedeckt. In der Umgebung der Ohren, am Haarboden des Nackens und der Stirn, am Nasenrücken, hier und da an den Wangen teils punktgroße Narben, teils kleine rote, meist zerkratzte papulöse Effloreszenzen. An den Dorsalseiten der Finger teils ähnliche Narben, teils hirsekorngroße, subkutane Infiltrate; diese tragen entweder normale Haut oder diese ist gerötet, teilweise fehlend, wobei aus dem Substanzverlust ein Tröpfchen serös-eitriges Sekret hervortritt. Am Handrücken ein zweipfennigstückgroßer Herd von unregelmäßiger Begrenzung und an der Stirne ein kleinerer gleicher mit lividroter, teilweise narbiger, etwas infiltrierter Haut. Starkes Jucken. Die Primäreffloreszenz ist ein subkutanes, nicht sichtbares, nur fühlbares Infiltrat, das nach 2 Monaten mit geringer Rötung ausheilt.

46. Fall von papulo-nekrotischen Tuberkuliden, von Sederholm. Das Leiden besteht seit 3 Jahren und ist über den größten Teil des Körpers ausgebreitet.

47. Fall von Lupus erythematosus an beiden Lippen, von Moberg. Auf der Oberlippe ist nur die rechte Hälfte des Lippenrots befallen; an der Unterlippe greift die Affektion auch auf die Schleimhaut über.

48. Prämykotisches Stadium von Mycosis fungoides (?), von Afzelius. Das Leiden begann bei dem 60jährigen Patienten vor 10 Jahren an den Beinen und breitete sich allmählich über den ganzen Körper aus. Es fanden sich an den Beinen dichtstehende, größere, unregelmäßig rundliche, etwas infiltrierte dunkelrote Plaques; an Bauch und Brust und im Gesicht heller rote, nicht infiltrierte, ziemlich scharf begrenzte Plaques, mehr zerstreut. An den Seitenflächen des Rückens große, ziemlich scharf begrenzte, unbedeutend rote, schuppende Flächen, nicht infiltriert. Heftiges Jucken, starke Schuppung.

49. Fall zur Diagnose, von Schlasberg. Die Krankheit begann vor 12 Jahren und breitete sich allmählich aus. Auf dem Rumpfe und den Extremitäten zahlreiche pfennig- bis talergroße, runde oder ovale, hellrote, teils gelbliche oder bräunliche, nicht infiltrierte Flecke, die nicht scharf umschrieben sind. Die Oberfläche ist glatt oder mit kleinen, festhaftenden Schüppchen bedeckt. An einzelnen Stellen ist die Haut gefältelt, dünn und atrophisch.

50. Fall von Dermatitis atrophicans progressiva chronica diffusa, von Moberg. Das Leiden begann vor 20 Jahren am rechten Knie und ergriff allmählich den ganzen Körper, schließlich auch das Gesicht und den Scheitel, wo die Haare ausfielen. Bemerkenswert ist die große Ausbreitung, sowie eine in der rechten Kniekehle seit fünf Jahren bestehende Wunde, die keinerlei Heilungstendenz zeigt.

51. Fall von Ulcus rodens, von Moberg. Günstiger Erfolg bei einem Ulcus rodens hinter dem Ohre mit Arsenpaste.

Digitized by Google

52. Fall von Oedema perstans faciei, von SANDMAN. Der 27jährige Patient bekommt seit 10 Jahren 3—4 mal jährlich eine Schwellung der Gesichtshaut ohne Fiebersteigerung. Die Lippen schwellen an, die Nasolabialfalten verschwinden, die Mundschleimhaut wird wulstig, bleich.

53. Fall von Dermatite polymorphe douloureuse aigue recidivante, von MOBERG. Wiederholte mit heftigem Fieber und Stechen in der Haut einhergehende Anfälle. Bei der Demonstration waren nur Pigmentflecke zu finden.

54. Fall zur Diagnose, von SEDERHOLM. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

55. Schwerer Lupus erythematosus ohne Erfolg mit Röntgenstrahlen behandelt, von MOBERG. Der Kranke wurde intensiv mit Röntgenstrahlen belichtet, so daß der Lupus erythematosus fast abheilte, aber auch ein Röntgengeschwür entstand, aus dem sich ein maligner Tumor entwickelte. Außerdem rezidivierte die Krankheit an allen Stellen.

56. Fall von Tuberkuliden, von MOBERG. 17jähriges Mädchen, hat am Schienbein Erythema induratum, an den Ellenbogen, Händen, Kniekehlen Narben nach papulonekrotischen Tuberkuliden.

57. Drei Fälle von Lichen, von MOBERG. Ein 14jähriges Mädchen mit hypertrophischen Herden von Lichen accuminatus an den Schienbeinen. Eine 47jährige Frau mit Lichen corneus hypertrophicus an den Unterschenkeln. Eine 47jährige Frau mit ausgebreitetem Lichen planus mit zusammenfließenden großen Plaques am Rumpfe.

58. Fall von Xeroderma pigmentosum, von MOBERG. Die 32jährige Patientin hat im Gesichte Gefäßerweiterungen, Pigmentierungen, Atrophien und Narbenzusammenziehungen, Ektropium. Vor vier Jahren bestanden warzenartige Knötchen, die mit dem Kauter entfernt wurden. Die Mutter, zwei Brüder und drei Schwestern haben dasselbe Leiden.

59. Fall von Urticaria chronica, von SANDMAN. Bei der 53jährigen Frau besteht seit drei Jahren ein heftig juckender Ausschlag, der sich im Sommer bessert, im Winter verschlechtert. An den Extremitäten und am Rumpfe finden sich hanfkorn- bis zentimetergroße Infiltrate, teils über das Hautniveau erhaben, teils von Krusten, teils von glatter Epidermis bedeckt. Die Interpapillarfurchen verbreitet.

60. Fälle von Keratoma hereditarium palmare et plantare, von SEDERHOLM. Vorstellung von Tante und Neffe aus einer Familie, in der diese Hautaffektion häufig ist. Es beginnt im fünften oder sechsten Lebensjahre mit warzenartigen Auswüchsen an der Dorsalseite der Grundphalangen der Finger und verbreitet sich allmählich auf deren Dorsalseite. Um die Warzen, die weich und nävusartig sind, entstehen Pigmentierungen. Derselbe Prozeß entsteht bald darauf an der Grenze zwischen Handteller und -rücken und auf der Beugeseite der Handwurzel. Etwa ein Jahr nach Beginn der Affektion treten auf der Handfläche parakeratotische Flecke auf und bald darauf eine diffuse Parakeratose mit Rhagadenbildung. Zeitweise bilden sich kleine Epidermisabszesse. An den Fußsohlen ebenfalls Hyperkeratose und Clavi an allen Zehen.

61. Über Rektalblennorrhoe bei Prostituierten, von SCHMIDT-Stockholm. S. diese Ztschr., Bd. 58, S. 151.

62. Von der Ausscheidung des Quecksilbers mit den Fäzes, von ALMKVIST-Stockholm. Verfasser hat es unternommen im Tierversuche festzustellen, wo das Quecksilber in den Verdauungstrakt ausgeschieden wird, insonderheit zu untersuchen, ob die bei Quecksilbervergiftung gefundenen Dickdarmgeschwüre durch die Quecksilberausscheidung bedingt sind. Er hat Kaninchen unmittelbar über der BAUHINschen Klappe einen künstlichen After angelegt und sie dann mit Quecksilber vergiftet. Es ergab sich, daß der entleerte Dünndarminhalt bedeutend mehr Quecksilber enthielt wie der Dick-

Digitized by Google

darminhalt. Ferner hat Verfasser bei Hunden Gallenfisteln angelegt und dann eine Quecksilbervergiftung hervorgerufen; die Galle enthielt nur unbedeutende Spuren Quecksilber. Aus diesen Versuchen geht demnach hervor, daß das in Fäzes vorhandene Quecksilber zum wesentlicheren Teile weder vom Dickdarme noch von der Leber ausgeschieden wird.

63. Über die Anwendung von Hg-nukleinsaurem Na bei Syphilis, von Almkvist-Stockholm. Die Behandlung bestand in intramuskulären Injektionen von $^1/_2$—1 ccm einer 10%igen wäßrigen Lösung; es wurden 7—8 Injektionen in fünftägigen Abständen gemacht. Das Präparat zeigte nicht unbedeutende Einwirkung auf syphilitische Manifestationen, dagegen nur geringen Einfluß auf die Wassermannsche Reaktion. Die Injektionen waren aber meist von starken lokalen (Schwellung) und allgemeinen (Fieber) Reaktionen gefolgt; dagegen kam es nie zu Stomatitis. Verfasser glaubt, daß das Präparat eine gewisse Bedeutung für solche Fälle habe, die leicht zu Stomatitiden neigen.

64. Wsn.-Kapkas Hämolysinreaktion in der Spinalflüssigkeit, von Boas-Kopenhagen. In 73% von Paralyse und in 3 von 4 Tabesfällen konnten Hämolysine nachgewiesen werden; ebenso in 5 von 19 Fällen sekundärer Syphilis.

65. Zur Behandlung der juvenilen Akne, von Moberg-Stockholm. Gute Erfahrungen mit schwachen Röntgenstrahlungen, besonders in Fällen mit tiefgehenden indurierten Knoten.

66. Von der Wirkung einiger Heilmittel in kolloidaler Form, von J. Strandberg. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

67. Über „spontanen Zahnausfall" bei Syphilitischen, von Karvonen-Helsingfors. Für das Lockerwerden und Ausfallen gesunder Zähne bei Syphilitischen kommen hauptsächlich drei ursächliche Momente in Betracht: 1. syphilitische Periostitis des Alveolarfortsatzes, 2. syphilitische Trigeminusaffektion, 3. Tabes dorsalis. Bei allen Formen st der Zahnausfall fast schmerzlos, nur bei Trigeminuserkrankung gehen Neuralgien voraus; die Blutung ist ebenfalls gering. Bei Fällen der ersten Gruppe lassen sich durch rechtzeitig eingeleitete spezifische Behandlung schöne Erfolge erzielen, sogar in Fällen, wo die Zähne schon sehr locker sind. Meist kommen aber die Kranken zu spät zur Behandlung, so daß es oft zu großen Kiefernekrosen kommt. R. Frühwald-Leipzig.

Fachzeitschriften.

Royal Society of Medicine. Dermatologische Sektion.

Sitzungen vom 21. Mai und 4. Juni 1914.

(Proceedings, Bd. 7, Nr. 8.)

Diskussion über Mycosis fungoides.

J. H. Sequeira: Bei einer Zusammenstellung von 61 Fällen aus der Literatur und 13 eigenen Fällen ergab sich eine Beteiligung der Geschlechter im Verhältnis von 46 Männern zu 28 weiblichen Kranken. Von den 13 eigenen Fällen sind 6 gestorben. Teilweise wurde ein guter Erfolg mit Röntgenbehandlung erzielt, doch war derselbe meist nur von relativ kurzer Dauer. Nach den Hueschen Untersuchungen bewirkt die Bestrahlung zweifellos eine Resorption der Infiltrate sowohl im Vorstadium als auch im Stadium der Tumorbildung, und das Korium kann dabei wieder völlig normal werden. Im erythrodermatischen Stadium ist namentlich das obere Drittel des Koriums affiziert. Redner schildert die charakteristischen histologischen Veränderungen und die aus Zellen verschiedener Art zusammengesetzten Granulome im Korium. Man findet dabei Zellen

Digitized by Google

vom festen Bindegewebstypus teils mit großen Kernen teils als „Tochterzellen" mit geringerem Umfang und ferner Zellen mit besonders dichtem Netzwerk; außerdem Rundzellen mit starkgefärbten Kernen. Im eigentlichen Tumor finden sich große ovale Zellen, ferner zahlreiche kleinere Zellen von der Größe etwa von Leukozyten, den „Tochterzellen" entsprechend, und außerdem Mastzellen und Plasmazellen. Bei Besprechung der klinischen Erscheinungen erwähnt S., daß er einmal p. m. eine Lungenmetastase beobachtet hat.

M. Morris berichtet über einen 52jährigen Mann, bei dem eine energische Röntgenbehandlung das Verschwinden von mehreren großen Tumoren bewirkte; es blieb nur ein einziger großer Tumor zurück, der aber eine so starke Eiterung hervorrief, daß der Patient einen Monat später septikämisch zugrunde ging. Bei einer 28jährigen Dame, die noch in Behandlung steht, war auch eine deutliche Wirkung zu erkennen.

J. G. R. Mc Donagh erkennt das Leiden nicht als eine Krankheit sui generis. an, er definiert es als ein intermediäres aleukämisches Lymphozytom der Haut, das mit der Lymphodermia perniciosa, der Lymphogranulomatosis cutis und der mykotischen Erythrodermie der Franzosen in Parallele zu stellen sei. Die Bezeichnung intermediär ist darin begründet, daß die Affektion als ein entzündliches Lymphozytom beginnt und als ein malignes Lymphozytom endigt. Seine hier kurz begründete Theorie ist im Arch. f. Derm. u. Syph. schon dargelegt.

D. Heath findet, daß die von Leith demonstrierten Tochterzellen von den Zellen von Sarkomen und anderen Geschwülsten typische Abweichungen aufweisen.

J. Galloway stellt Vergleiche an zwischen Mycosis fungoides, Hodgkinscher Krankheit und den leukämischen Affektionen und meint, daß eine infektiöse Ätiologie anzunehmen sein dürfte. Die Röntgenbehandlung birgt zweifellos viele Gefahren in sich, die vielleicht am besten vermieden werden, wenn nur die Tumoren sofort bei ihrem Erscheinen bestrahlt werden bis zur Resorption.

J. H. Stowers legt die Gründe dar für eine scharfe Trennung zwischen der Mycosis fungoides einerseits und der Leukämie und Pseudoleukämie andererseits.

P. S. Abraham hat acht Fälle beobachtet, von denen nur ein einziger das weibliche Geschlecht betraf. Betreffs der Ätiologie denkt er an eine Protozoonwirkung.

Whitfield erwähnt einen Fall, der im Prodromalstadium nach sechsmonatigem Bestehen mit Röntgenstrahlen behandelt wurde und zurzeit noch in jeder Hinsicht gesund ist. Die Läsionen hatten ziemlich den ganzen Stamm ergriffen und waren von Colcott Fox bestimmt als M. fungoides diagnostiziert worden. Betreffs des histologischen Befundes im Frühstadium seien namentlich die Infiltration der Unterfaszikularräume mit kleinen ovalen Zellen und der Umstand, daß diese Infiltration sich bis in den Papillarkörper erstreckt, charakteristisch.

Pernet spricht sich unter anderem darüber aus, daß das Leiden nicht als das Endstadium von anderen Dermatosen wie Pityriasis rosea und Parapsoriasis aufzufassen sein kann.

G. Little führt aus, daß die von einigen Verfassern auch als Formen der M. fungoides gerechneten Affektionen der Typus „tumeurs d'emblée" und die Kaposische Leukodermia perniciosa nicht hierhergehören.

F. P. Weber weißt darauf hin, daß bei den verschiedenen Leukämien sich als ein charakteristischer pathologisch anatomischer Befund eine starke Infiltration der Lymphdrüsen und der inneren Organe, namentlich der Leber, mit leukämischen Zellen, sowohl myelogenen als auch Lymphozyten, vorfindet, und er fragt, ob jemals bei zweifelloser M. fungoides ein ähnlicher Befund an der Leber konstatiert worden ist.

J. J. Pringle hat 18 Fälle beobachtet, davon zehn in seiner Privatpraxis, über

Digitized by Google

welche er unter Vorlegung von Photogrammen und einer tabellarischen Übersicht berichtet. Abnormitäten des Blutbefundes sind keine konstante Erscheinung, obwohl bei drei seiner letzten Fälle eine schwer zu erklärende mäßige Leukozytose bestanden hat. Der Juckreiz ist oft äußerst intensiv, kann aber auch völlig fehlen. Bei drei von seinen Fällen ist der Tod als Folge von Marasmus und Bronchitis, ferner von Empyem und von doppelseitiger Pneumonie eingetreten. Die Entwickelung von Metastasen hält er für unerwiesen.

Philippi-Salzschlirf.

Actas dermo-sifiliograficas.

Februar bis März 1913.

1. Behandlung der akuten Blennorrhagie der vorderen Harnröhre, von Juan de Azúa. Die von Verfasser geübte Behandlung besteht täglich in einer Waschung der Harnröhre mit Kaliumpermanganat und drei Injektionen von Argentum nitricum. Er hat gute Erfolge damit gehabt.

2. Reinfektion bei einem tertiären Syphilitiker mit positivem Wassermann, von Juan de Azúa. Der Patient hatte sich vor 15 Jahren einen syphilitischen Primäraffekt zugezogen, der von zahlreichen sekundären Manifestationen gefolgt war. Im März 1912 ein gruppiertes tertiäres Syphilid des behaarten Kopfes, das mit Salvarsan zur Abheilung gebracht wurde; der Wassermann blieb aber positiv. Im September darauf hatte der Kranke 2—3 Tage nach einem Koitus am Frenulum ein Geschwür vom Charakter des weichen Schankers. Einige Wochen später indurierte das Geschwür und es trat doppelseitige Leistendrüsenschwellung auf. Einen Monat später kamen Kopfschmerzen und es erfolgte ein Schub eines reichlichen, generalisierten papulösen Exanthems.

3. Sukzessive Schübe von lichenoiden Tuberkuliden (Lichen scrophulosorum) im Verlaufe eines mit Tuberkulin behandelten Lupus, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Der Titel sagt das Wesentliche.

4. Syphilis der Lunge, von José S. Covisa. Der 37jährige Kranke, der sich vor mehr als zehn Jahren syphilitisch infiziert hatte, klagte seit einem Jahre über heftigen Husten, Mattigkeit und blutigen Auswurf. Er wurde deshalb als Lungentuberkulose behandelt. Später begab er sich zu einem Spezialarzte für Lungenkrankheiten, dem das Mißverhältnis zwischen den schweren Atembeschwerden und dem guten Allgemeinzustande auffiel. Die Sputumuntersuchung auf Tuberkelbazillen blieb negativ. Damals traten nun auch Knochenschmerzen auf, die die Vornahme der Wassermannschen Reaktion veranlaßten; diese fiel positiv aus. Nun wurde eine spezifische Behandlung eingeleitet, die nach zwei Monaten alle Erscheinungen beseitigte.

5. Pyodermitis chronica papillomatosa vegetans, von Antonio Ledo. Der 52jährige Patient hatte auf dem rechten Handrücken einen etwa kinderhandgroßen papillomatösen Herd. Das histologische Bild war auf den ersten Anblick das des typischen Plattenepithelkarzinoms; bei genauerer Untersuchung ergaben sich aber einige Differenzen. Vor allem fehlten die tief in die Kutis eindringenden Epithelzapfen und die starke bindegewebige Reaktion der Kutis, wie man sie beim klassischen Epitheliom findet. Verfasser diagnostizierte daher ein Pseudoepitheliom.

6. Die rezidivierenden Mundaphthen als eine Krankheit der Wassermannschen Gruppe; ihre Behandlung mit Neosalvarsan, von E. A. Sáinz de Aja. Verfasser führt aus, daß die rezidivierenden Mundaphthen stets positive Wassermannsche Reaktion zeigen, ferner daß sie durch Neosalvarsan außerordentlich günstig beeinflußt werden. Daraus ergibt sich, daß die Differentialdiagnose zwischen den Mundaphthen und syphilitischen Papeln auf große Schwierigkeiten stoßen kann, da die serologische und die Probe „ex iuvantibus" im Stiche lassen. Es muß daher großer Wert auf eine genaue

Digitized by Google

Erhebung der Anamnese und auf peinliche Beobachtung der klinischen Charaktere der genannten Affektionen gelegt werden. Zur Unterstützung der Diagnose kann eine Quecksilberbehandlung herangezogen werden, da diese die Aphthen nicht beeinflußt, eher verschlechtert.

7. Monilethrix (Aplasia pilorum monileformis), von Juan de Azúa. An der Hand dreier Fälle eingehende Beschreibung der Klinik und pathologischen Anatomie der Erkrankung. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

8. Postekzematöser Pruritus durch Radiotherapie geheilt, von Julián Ratera. Die 20jährige Patientin hatte an einem Ekzem der Arme und des Stammes gelitten, das allmählich durch die Behandlung geheilt worden war. Es blieb jedoch an den befallen gewesenen Stellen ein hartnäckiger Pruritus zurück, der durch keinerlei Behandlung beseitigt werden konnte. Es wurden daher die einzelnen Regionen nacheinander mit Röntgenlicht bestrahlt und zwar mit einer halben Erythemdosis. Nach 6—7 Tagen war das Jucken verschwunden; nur einige refraktäre Stellen bedurften zweimaliger Bestrahlung innerhalb zwei Wochen. Die Patientin wurde völlig geheilt.

9. Nervöses Syphilisrezidiv. Millard-Gublersches Symptom, von José S. Covisa. Die 20jährige Patientin erhielt wegen Primäraffektes und Gelenkschmerzen 0,45 Neosalvarsan. 33 Tage später traten heftige Kopfschmerzen und Erbrechen auf, Ohrensausen und Fazialislähmung auf der rechten Seite. Die Untersuchung ergab einen gewissen Stupor und rechtsseitige Taubheit. Die Patientin wurde mit intravenösen Zyanquecksilberspritzen behandelt; nach der vierten Injektion trat eine Parese des linken Armes und Beines auf, die sich schließlich zur völligen Hemiplegie steigerte. Sie wurde nun mit Neosalvarsan behandelt, das die Erscheinungen rasch besserte; nach vier intravenösen Injektionen wurde die Kranke geheilt entlassen. Verfasser weist auf das seltene Syndrom der Hemiplegie mit Fazialislähmung der anderen Seite hin.

10. Über einen Fall von primärer Hemichorea infolge Arteriitis syphilitica cerebralis, von E. A. Sáinz de Aja. Genaue Beschreibung des Falles.

11. Vorläufige Mitteilung über das Leukozytozoon syphilidis, von Jaime Peyri Rocamora. Verfasser hat fast alle von Mc Donagh beschriebenen Formen des Leukozytozoon syphilidis gefunden; dieses macht eine sexuelle und eine asexuelle Entwicklung im Körper der Syphilitiker durch. Es entsteht ein Gamet, dessen Entwicklungsendstadium die Spirochaeta pallida ist. Der Nachweis dieses Mikroorganismus bildet einen sichereren diagnostischen Behelf wie der der Spirochäte. Er kann auch die serologischen Reaktionen bei Syphilis leicht erklären. Verfasser hat noch einige andere Formvariationen des Leukozytozoon gefunden. Ferner konnte er es bei experimenteller Syphilis nachweisen.

R. Frühwald-Leipzig.

Revue clinique d'Urologie.

Juli 1914.

1. Vakzinotherapie und Serotherapie der Blennorrhagie und ihrer Komplikationen mit besonderer Berücksichtigung der Vakzine von Nicolle und Blaizot, von J. Tanton und M. Grenier. Bei der Serotherapie kommen vier Anwendungsmethoden in Betracht: 1. die spezifische Serotherapie, die nur Antigonokokkenserum verwendet; 2. die paraspezifische mit Meningokokkenserum; 3. die paradoxe mit Antistreptokokken- oder Diphtherieserum und 4. die Autoserotherapie. Ad 1. Die genügende Dosis von Gonokokkenserum ist 10 ccm. Kontraindikationen bestehen nicht; die Seren können höchstens vereinzelte anaphylaktische Phänomene hervorrufen. Auf akute oder chronische Urethritis wirken sie nicht ein; dagegen beeinflussen sie in rapider Weise Epidi-

Digitized by Google

dymitis und Arthritis. Je früher die Injektion erfolgt, desto deutlicher der Effekt. Ad 2. Antimeningokokkenserum ist unschädlich und ruft nur leichte lokale und allgemeine Reaktionserscheinungen hervor; häufig ist eine Herdreaktion. Manchmal kommt es zu anaphylaktischen Erscheinungen. Bei Epididymitis und Arthritis wirkt das Serum ausgezeichnet, weniger gut bei anderen Tripperkomplikationen, gar nicht bei Urethritis. Ad 3. Injektionen mit Antistreptokokken- sowie mit Diphtherieserum sind nur vereinzelt gemacht worden und haben keinerlei Bedeutung. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. Wert der Ambardschen Konstante als Indikator für die physiologische Nierenfunktion, von Choltzoff. Zur Bewertung der Nierenfunktion ist es wichtig, das Verhältnis der Harnstoffmenge im Blute zu der im Harne festzustellen; dieses Verhältnis wurde von Ambard in eine mathematische Formel gebracht, die die sogenannte Ambardsche Konstante darstellt. Sie beträgt normalerweise 0,065—0,085; sowie sie größer wird, liegt verminderte Nierenfunktion und dadurch Harnstoffretention im Blute vor. Besonders wichtig ist die Konstante bei primären oder sekundären chirurgischen Nierenerkrankungen, da bei ihnen fast stets Azotämie vorliegt. Die Untersuchung kann aber nur auf den Urin beider Nieren bezogen werden; neben dem Ureterkatheter läuft stets etwas Urin vorbei, so daß das auf den separierten Harn bezogene Resultat ungenau wird.

3. Rückenmarkslokalisationen in der Pathologie der Niere und Blase, von L. Stromінger. Zahlreiche klinische Erfahrungen weisen darauf hin, daß die Reizung eines Hautbezirkes von Einfluß auf den Harnapparat sein kann. Für die Notwendigkeit eines peripheren Ausganges des Reizes spricht die Tatsache, daß Verletzungen der Blase und der Urethra nicht immer Harnstörungen hervorrufen müssen. Die Arbeit ist zu kurzem Referate nicht geeignet.

4. Über Kollikulitis, von G. Li Virghi-Neapel. Die Entzündung des Kollikulus ist primär oder sekundär. Die primäre Entzündung ist durch Bakterien bedingt, die entweder auf dem Blutwege oder direkt durch den Harn von der Niere oder Blase angeschleppt werden. Durch Kongestion (infolge Masturbation, Alkoholismus usw.) wird die Ansiedlung der Bakterien begünstigt. Es kommen Staphylokokken und Streptokokken, hauptsächlich aber Kolibazillen ätiologisch in Betracht. Die sekundäre Entzündung folgt auf eine Urethritis posterior oder eine Zystitis, fast stets blennorrhoischer Natur. Im Endoskop sieht man den Kollikulus geschwollen, hyperämisch, ödematös. Keine Ulzerationen. Die Kollikulitis macht ähnliche Symptome wie die Zystitis: Schmerzen, häufige Miktion, Pyurie. Das vorherrschende Symptom ist der Tag und Nacht anhaltende imperiöse Harndrang. Am Beginne der Miktion tritt Schmerz auf; während derselben oder nach ihr stellt sich ein Brennen in der Harnröhre ein, das sich hauptsächlich auf die Perinealgegend lokalisiert und manchmal nach dem Skrotum und dem After ausstrahlt. Bei primärer Kollikulitis enthält die erste Urinportion Fäden, die zweite ist klar; bei sekundärer richtet sich der Urinbefund nach der primären Erkrankung; stets dürfte aber die erste Portion stärker getrübt sein wie die zweite. Hervorzuheben ist auch die vermehrte Empfindlichkeit des Kollikulus. In seltenen Fällen tritt initiale Hämaturie auf. Sichergestellt wird die Diagnose durch die urethroskopische Untersuchung. Die Entzündung des Kollikulus ist meist von langer Dauer; auf das akute Stadium von 2—3 Wochen folgt ein chronisches. Die funktionellen Störungen nehmen ab, doch verbleiben hartnäckig die Häufigkeit der Miktion und das Brennen in der Harnröhre. Meist geht die Krankheit in völlige Heilung aus. Therapeutisch kann eine allgemein-tonisierende Medikation notwendig sein; dazu kommen Harnantiseptika. Am wichtigsten ist die endoskopische Tuschierung des Kollikulus mit 10—20% Höllensteinlösung, mit dem Lapisstifte oder mit Jodtinktur.

Digitized by Google

5. Sexuelle Störungen psychischer Natur, von A. Wizel. Bespricht die psychische Impotenz, Pollutionen und Spermatorrhoe. Wird fortgesetzt.

6. Diagnose und Behandlung der Blasen- und Nierentuberkulose im Beginne, von Wildbolz. S. diese Ztschr., Bd. 57, S. 1324. R. Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über die Bedeutung der Liquoruntersuchung für die Prognose von isolierten syphilogenen Pupillenstörungen, von M. Nonne-Hamburg. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1914, Bd. 51, H. 3—6.) Während Anomalien der Weite und der Form der Pupillen von einzelnen Beobachtern in verschieden hohem Prozentsatz bei gesunden Individuen bemerkt worden sind, wurden Anomalien der Reaktion der Pupillen niemals beobachtet. Anders bei Luetikern; hier ist eine isolierte Pupillenveränderung oft das einzige Stigma einer stattgehabten luetischen Infektion und zwar sind leichte Anomalien sowohl in der 2. wie in der 3. Periode in Form und Größe bei normaler Reaktion nichts Seltenes. Ebenso finden sich nicht allzu selten einseitige und doppelseitige Reaktionsstarre; dieselbe kann besonders in den ersten Jahren post infectionem sich teils spontan, teils unter dem Einflusse der Therapie wieder zurückbilden. Diese Pupillenanomalien sind erfahrungsgemäß die Vorläufer resp. die ersten objektiven Symptome organisch syphilogener Nervenkrankheiten, und es hat sich empirisch gezeigt, daß man bei Starre der Pupillen auf Licht und bei Konvergenz zuerst an Lues cerebri, seltener an Paralyse und am wenigsten häufig an Tabes denken soll; während echte, reflektorische Pupillenstarre ganz überwiegend als Vorläufer von Tabes, in zweiter Linie von Paralyse und nur ausnahmsweise von Lues cerebri zu betrachten ist, eventuell auch ein Restsymptom der letzteren sein kann. Obwohl Pupillenstarre einwandfrei — wenn auch nur vereinzelt bei chronischem Alkoholismus, bei Syringomyelie, Sklerosis multiplex, Trauma und Diabetes — beobachtet worden ist, so möchte Nonne doch sagen, daß in praxi isolierte, reflektorische Pupillenstarre und totale Pupillenstarre mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein syphilogenes Symptom ist. Eminent wichtig ist aber die Bedeutung der isolierten reflektorischen und totalen Pupillenstarre für die Frage: ist dieselbe ein Vorläufer einer drohend bevorstehenden Erkrankung des Zentralnervensystems? oder beweist sie nur, daß das betreffende Individuum irgend einmal eine syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems gehabt hat und ist sie quasi eine Narbe? Dafür verweist Nonne in erster Linie auf die Arbeit von Dreyfus, der unter Zuhilfenahme aller modernen Untersuchungsmethoden zu dem Resultat gekommen ist, daß es sich bei isolierten Pupillenstörungen von Syphilitikern in 35—40% der Fälle nicht um ein besorgniserregendes Symptom, sondern um das Zeichen einer früheren syphilitischen Durchseuchung des Nervensystems, die zur Ausheilung gekommen ist, handelt. Auch Assmann kommt zu demselben Resultat und differenziert zwischen Fällen von Pupillenstarre mit Liquorveränderung und solchen ohne dieselben. Für die Entscheidung der Frage hält Nonne das Beibringen einschlägiger Beobachtungen für besonders wünschenswert und notwendig und berichtet selbst über 23 Fälle von Pupillenstörungen bei sicher syphilitischen Individuen. Er ist bei der Einteilung derselben in 5 Gruppen von den Liquorbefunden ausgegangen. 1. Liquor von Anfang an normal; rudimentäre Prozesse, 4 Fälle. 2. Früher pathologisch, jetzt normal; ausgeheilte syphilogene Erkrankungen des Zentralnervensystems, 2 Fälle. 3. Gegen früher gebessert, aber noch nicht ganz

Digitized by Google

normal; Krankheitsprozeß gebessert, 4 Fälle. 4. Nach wie vor pathologisch; klinisches Bild stationär geblieben, 10 Fälle. 5. Nach wie vor pathologisch; Weiterentwicklung des Krankheitsprozesses, 3 Fälle. Ganz kurz gibt Nonne im Anschluß dann eine tabellarische Übersicht, in der er die klinischen Unterschiede zugrunde legt und kommt zu denselben Schlußfolgerungen: 1. Eine jahrelang fortlaufende Beobachtung zeigt, daß bei isolierten Pupillenstörungen der weitere Verlauf des Falles sich sehr verschieden gestalten kann, daß sie nämlich einerseits isoliert bleiben, daß andererseits sich weitergehende syphilogene Nervenleiden anschließen können. 2. Die Kontrolle des Liquor spinalis ist für die Beurteilung der Dignität der Pupillenanomalien von Wichtigkeit. Sie zeigt: a) daß diese Störungen bei normalem Liquor Reste eines ausgeheilten oder stets rudimentär gewesenen Prozesses am Zentralnervensystem darstellen, aber andererseits, b) daß sie auch bei pathologischen Reaktionen im Liquor dauernd unverändert bleiben können. 3. Daraus ergibt sich, daß die Prognose bei isolierten Pupillenanomalien auf luetischer Basis nicht lediglich nach dem Ausfalle der 4 Reaktionen gestellt werden darf, und daß man sich deshalb hüten muß, den prognostischen Wert positiver Liquorreaktionen im ungünstigen Sinne zu überschätzen. Lasch-Breslau.

Die Methode der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Syphilis, von Georges L. Dreyfus-Frankfurt a. M. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1913, Nr. 21.) Verfasser gibt in dankenswerter Weise die Methoden an, die bei der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis anzuwenden sind. Die Lagerung des Kranken und Ausführung der Lumbalpunktion, zur Druckbestimmung, die Zählung und Färbung der Zellen, Eiweißbestimmung nach Nissl, Phase I nach Nonne-Appelt, und die Wassermann-Reaktion im Liquor. Chrzelitzer-Posen.

Über die Fällungsreaktion mit glykocholsaurem Natrium bei Zerebrospinalflüssigkeit, von Carl With. (Hospitals tidende, 1914, Nr. 16.) Positive Herman-Perutz-Reaktion bei einer auf 55° erwärmten Spinalflüssigkeit ist wahrscheinlich ein Zeichen eines syphilitischen Prozesses. Die Reaktion hat doch wohl keinen klinischen Wert, da sie bedeutend minder fein ist als die Wassermann-Reaktion. Bei nicht erwärmter Spinalflüssigkeit findet die Reaktion nur mit Pleozytose zusammen statt, stimmt aber nicht mit der Wassermannschen überein. W. Holland-Kristiania.

Zur Frage der Herkunft des luetischen Reaktionskörpers in der Zerebrospinalflüssigkeit, von Wilhelm Spät. (W. kl. W., 1914, Nr. 25.) Die Arbeit befaßt sich mit einer Untersuchung der Ansicht Wassermanns und Langes, daß in der Zerebrospinalflüssigkeit die Lymphozyten die Ursprungsstätten für den luetischen Reaktionskörper darstellen. Untersucht wurden 16 Liquors von Paralysen. Drei derselben zeigten keinerlei Steigerung der komplementbildenden Fähigkeit trotz der Erhitzung, bei den übrigen 13 wurde eine Erhöhung des Hemmungstiters in der mit den Lymphozyten behandelten Liquorportion gegenüber der zellbefreiten erhitzten Zerebrospinalflüssigkeit erzielt. Indessen ergab sich weiterhin, daß zugesetzte normale Meerschweinchenlymphozyten den gleichen Effekt wie die Lymphozyten des Paralytikers hervorriefen. In der gleichen Weise sind Lymphozyten aus dem Liquor von Tuberkulösen sowie rote Blutkörperchen von normalen und luetischen Menschen wirksam. Es ergibt sich, daß die Antigene für die komplementbildenden Stoffe ganz allgemein aus den Organzellen stammen und daß spezifische Antikörper gegen Spirochäten bei der Wassermannschen Reaktion nicht mitbeteiligt sind.

Diskussion, von Martin Pappenheim-Wien. Derselbe bemerkt, daß er schon vor sechs Jahren feststellen konnte, daß Extrakte weißer Blutkörperchen von nichtluetischen, ebenso wie von luetischen Patienten Komplementbindungsreaktion ergeben. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Ein Fall von massiver Koagulation des Liquor cerebrospinalis. Verlegung des Durakonus durch syphilitische, menigo-medulläre Verwachsung, von P. E. Launois, G. Troin und Ledoux. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 23.) Der Titel sagt das Wesentliche. R. Frühwald-Leipzig.

Infektiosität des Liquor zerebrospinalis bei juveniler Paralyse, von G. Marinesco und J. Minea. (Semaine méd., 1914, Nr. 30.) Der Liquor stammte von einem 23 jährigen Patienten, Sohn eines Syphilitikers, bei dem die ersten Symptome der Paralyse mit 18 Jahren aufgetreten waren. Am 5. November 1913 wurden drei Kaninchen je 2 ccm Liquor in das Skrotum verimpft. (? D. Ref.) Im April war bei einem Tiere ein charakteristischer, spirochätenhaltiger Schanker an der Skrotalhaut aufgetreten. R. Frühwald-Leipzig.

Liquor zerebrospinalis und Syphilis. Einfluß der Salvarsanbehandlung, von Dind. (Rev. Suisse romande, 1914, Nr. 5.) An der Hand von Tabellen erörtert Verfasser die Veränderungen des Liquor zerebrospinalis in den einzelnen Stadien der Syphilis. Zum Schluß bringt er die Krankengeschichten von Tabikern und Paralytikern, bei denen der Liquorbefund durch intravenöse Neosalvarsaninjektionen gebessert worden war. Verfasser spricht sich gegen die intralumbalen Salvarsaninjektionen aus; denn einerseits wären sie nicht gefahrlos und andererseits sei es nur rationell durch intravenöse Applikation das Mittel denselben Weg durchlaufen zu lassen, den die Spirochäten gegangen sind. R. Frühwald-Leipzig.

Anwendung von aktivem Serum bei der Wassermannschen Reaktion, von Mario Mantovani. (Policlinico, 1. Juli 1914.) Verfasser bespricht die Wassermannsche Reaktion mit aktivem Serum. Er gibt zu, daß bei der großen praktischen Bedeutung der Reaktion jeder Versuch, ihre Exaktheit zu steigern, gerechtfertigt ist; doch darf man nicht die unbekannten Faktoren in der Reaktion vermehren nur um die Sensibilität zu erhöhen. Wenn man z. B. durch aktives Serum die Antikörper vermehrt, so vermehrt man auch die antikomplementären und anderen die Reaktion störenden Substanzen. R. Frühwald-Leipzig.

Über die Gerinnungshemmung durch Luessera (Hirschfeld und Klinger) und die chemische Natur des Zytozyms, von E. Fränkel und F. Thiele-Heidelberg. (M. m. W., 1914, Nr. 42.) Verfasser bestätigen in dieser vorläufigen Mitteilung auf Grund ihrer Untersuchungen bei etwa 70 Fällen die Angaben Hirschfelds und Klingers über die Übereinstimmung der Wassermannschen Reaktion mit der Erscheinung der Gerinnungshemmung bei Verwendung eines aus Hammelblut gewonnenen Serozyms (Thrombogen) und des Merckschen Meerschweinchenherzextrakts als Zytozym. Statt letzteren wurde auch mit vielleicht noch besserem Erfolg ein alkoholischer Rinderherzextrakt gebraucht. Aus verschiedenen Untersuchungen entnehmen Verfasser schließlich noch, daß die Zytozymwirkung (Thrombokinase) im wesentlichen der ätherlöslichen Fraktion resp. der darin enthaltenen jekoninähnlichen Substanz zukommt. Philippi-Salzschlirf.

Untersuchungen über die Herman-Perutzsche Präzipitinreaktion mit Natrium glycocholicum, speziell von Standpunkt der Syphilisdiagnose, von M. Henrik Bang und M. Carl With. (Nord. m. Arkiv, 1913, H. 1, Nr. 3.) Im Gegensatz zur Wassermannschen Reaktion, deren Bedingungen wohlbekannt sind, und die gut ausgeführt, ein sicherer Beweis für Syphilis ist, gibt die von Herman und Perutz nur Vermutungen, nicht aber einen sicheren Beweis für Syphilis, zugegeben, daß sie sich bei 2% der beobachteten Fälle findet. Im Primärstadium der Syphilis sind die Fällungsreaktionen mehr verbreitet und im Sekundärstadium seltener als die von Wassermann, aber in den latenten Stadien der Syphilis sind die ersteren weit seltener und schwinden

Digitized by Google

um vieles schneller vor der Behandlung. Die Wassermannsche Reaktion verschwindet nicht immer gemäß dem Laufe der Behandlung, während des Sekundärstadiums wechselt sie in manchen Fällen von regelloser Form ein wenig vor ihrem vollständigen Verschwinden. In den latenten Formen der Syphilis ist die Stärke dieser Reaktion häufig sehr verschieden, ebenso während wie außer der Behandlung. Folglich darf man sich in zweifelhaften Fällen nie mit einer einzigen Reaktion begnügen.

Chrzelitzer-Posen.

Cholesterinantigene bei der Wassermannschen Reaktion und die quantitative Prüfung von syphilitischem Serum, von J. G. Hopkins und J. B. Zimmermann-New York. (Am. J. m. sc., September 1914.) Daß die Cholesterinantigene eine besondere Empfindlichkeit dem syphilitischen Serum gegenüber aufweisen, wie von verschiedenen Verfassern schon konstatiert worden ist, bestätigen Verfasser durchaus auf Grund ihrer Bestimmungen bei 475 Sera und 50 Proben von Zerebrospinalflüssigkeit. Von den 525 Bestimmungen zeigten 455 Übereinstimmung zwischen der Reaktion mit Cholesterinantigen und der Originalmethode nach Wassermann, während 68 Fälle auf größere Empfindlichkeit der Antigenprobe hinwiesen, und nur zwei zugunsten der Wassermannschen Vorschrift in dieser Hinsicht ausfielen. Ferner entnehmen Verfasser aus einer tabellarisch mitgeteilten Reihe von Prüfungen, daß zur quantitativen Bestimmung der Seroreaktion nicht das Quantum des Antigens, sondern die jeweilige Menge des erforderlichen Serums als maßgebendes Kriterium dienen solle. Philippi-Salzschlirf.

Diagnostische Versuche mit Luetin-Noguchi, von M. Clausz-München. (M. m. W., 1914, Nr. 37.) Verfasser bestätigt den von anderen Verfassern berichteten Wert der Reaktion für die Diagnose der Syphilis in verschiedenen Stadien. Sein Material setzte sich zusammen aus 111 Fällen, von denen 71 sicher syphilitisch, 10 syphilisverdächtig und 30 zuverlässig nicht syphilitisch waren. Im allgemeinen wurde nur 0,07 ccm intrakutan injiziert, bei fünf Patienten jedoch wurde 0,15 gegeben. Mit wenigen und unbedeutenden Ausnahmen wurden keine Nachteile von der Injektion konstatiert. Bei einigen Fällen zeigte es sich, daß es nötig ist, volle zwei Wochen zuzuwarten, ehe man bestimmt von einem negativen Ausfall sprechen kann. Ein Einfluß der eingeschlagenen Therapie auf den Ausfall der Reaktion ist auf Grund mehrfacher Beobachtungen als erwiesen zu erachten. Philippi-Salzschlirf.

Syphilistherapie und Wassermannsche Reaktion, von Siegfried Grosz und Richard Volk-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 46.) Verfasser sind der Überzeugung, daß die Wassermannsche Reaktion durchweg zu hoch eingeschätzt wird; zunächst ist die positive Seroreaktion nur ein Ausdruck einer stattgehabten luetischen Infektion, nicht aber, wenigstens vorläufig nicht, ein sicheres Symptom einer noch bestehenden aktiven Lues. Wenn es auch unser Bestreben ist und sein soll, die Reaktion zum Verschwinden zu bringen, so dürfen wir doch nicht mit Außerachtlassung aller älteren klinischen Erfahrungen Behandlung auf Behandlung häufen, um schließlich bei negativer Wassermannscher Reaktion ein Rezidiv zu erleben. Am wenigsten angebracht ist die einseitige und allzu große Betonung der Bedeutung der Seroreaktion für die Prognose und Therapie, wenn mit großen Verfeinerungen der Methode gearbeitet wird und die geringsten Hemmungen verwertet werden. „Daß es Fälle gibt, speziell in der Spätlatenz, welche trotz energischster, kombinierter Behandlung die positive Wassermannsche Reaktion nicht verlieren, ist jedem erfahrenen Praktiker geläufig. Wir müssen also zugeben, daß hier entweder die gebräuchliche Methodik nicht ausreicht oder daß uns vorläufig das richtige Mittel noch nicht zur Verfügung steht. Solange wir aber den bleibenden Umschlag der Seroreaktion nicht mit Sicherheit erreichen können, halten wir es für nicht

Digitized by Google

angezeigt, den Patienten durch ununterbrochene Kuren fruchtlos zu beunruhigen, ja vielleicht sogar ihn zu schädigen." W. Lehmann-Stettin.

Die Diagnose und Therapie der Syphilis in der Hand des praktischen Arztes, von Karl Wagner-Graz. (W. kl. W., 1913, Nr. 43.) Dem Praktiker auf dem Lande ist die Durchführung der Original-Wassermannschen Probe kaum möglich, doch ist die Modifikation nach Prof. v. Dungern ein für die Praxis vollständig suffizienter Ersatz. Verfasser legt Wert auf eine exakte Anstellung der Probe, deren Technik nach seinem Vorgehen er genauer beschreibt. Therapeutisch ist die Salvarsanbehandlung auf dem Lande auch kaum intravenös durchführbar; leicht aber intramuskulär mit „Joha"-Schindler. Verfasser setzt eingehend auseinander, warum er diese intramuskuläre Injektion nicht nur für genügend, sondern für besser als die intravenöse Infusion hält. W. Lehmann-Stettin.

Hygiene und Syphilis, von E. Bodin. (Rev. d'Hygiène et Pol. sanit., Januar 1914.) Bespricht in längerer Ausführung Spirochätenuntersuchung, Wassermannsche Reaktion und Salvarsanbehandlung in ihrer Bedeutung für Prophylaxe und Therapie der Syphilis. R. Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Anzeigepflicht bei venerischen Krankheiten ist leicht durchführbar! von L. Merk-Innsbruck. (M. m. W., 1914, Nr. 38.) Um ohne Namensnennung die Anmeldung und Registrierung aller Fälle von venerischer Erkrankung durchzuführen, schlägt M. vor, als Einteilungsprinzip den Tag und Ort der Geburt des betreffenden Patienten zu bestimmen. Seinen bei anderen Gelegenheiten gemachten statistischen Erfahrungen nach wird es nur äußerst selten vorkommen, daß in mittelgroßen Städten zwei am gleichen Tage geborene Personen gleichzeitig erkranken, und für die ganz großen Städte kommt noch die Einteilung nach Bezirken in Betracht. Andererseits gibt die Einteilung der Register nach Monaten eine ganz handliche Übersicht der gemeldeten Fälle. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Die **Wiener Dermatologische Gesellschaft** hat ihre Sitzungen bis zur Beendigung des Krieges eingestellt.

Der Vorstand der **Dänischen Dermatologischen Gesellschaft** (Dansk Dermatologisk Selskab) besteht aus Oberarzt Prof. E. Pontoppidan, Präsident, Oberarzt Dr. C. Rasch, Vizepräsident, Priv.-Doz. Dr. Poul Haslund, Schriftführer und Schatzmeister.

Prof. Karl Touton-Wiesbaden ist zurzeit als konsultierender Dermatologe im Bezirke des XVIII. Armeekorps tätig.

Priv.-Doz. Dr. Otto Sachs-Wien ist zurzeit als Chefarzt der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des k. u. k. Garnisonspitales Nr. 2 in Wien tätig.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. Januar 1915 | Nr. 4 | Band 60

Aus der chirurgischen Abteilung des Freimaurer-Krankenhauses in Hamburg.

Monströser Tumor der Genitalgegend.

Von

Dr. Grisson und Dr. E. Delbanco.

(Mit 14 Abbildungen im Text und 1 farbigen Tafel.)

Klinischer Teil von Dr. Grisson, Oberarzt.

Am 6. Dezember 1910 stellte ich im Hamburger Ärztlichen Verein [1]) einen 35jährigen Mann E. P. vor mit einem kolossalen Tumor der Genitalgegend. Erregte der Fall schon allein durch die ungewöhnliche Größe der Geschwulst und die Schwierigkeit der Diagnose, ob Kondylom oder Karzinom, das Interesse der Versammlung, so bot er im weiteren Verlaufe sowohl klinisch wie pathologisch so viel Ungewöhnliches, daß sicher eine große Seltenheit vorliegt und die ausführliche Publikation geboten ist.

Anamnese: E. P., 35 Jahre alter Maurer. 1896 Beingeschwür. 17 Wochen Krankenhaus-Behandlung in Karlsruhe. Bald nachher Sturz bei der Arbeit, wobei ein Balken, den er auf der Schulter trug, ihm auf den Rücken fiel. Seitdem Buckel. Seit 1906 kleiner Knoten an der Glans penis, nahe der Urethralmündung, von warzenähnlicher Gestalt. Stillstand bis Sommer 1910. Seitdem Wachstum, neue Knötchen, die sich längs des Penis auf die Bauchhaut ausbreiteten, zu Geschwülsten heranwuchsen und zum Teil aufbrachen. Stetiges Wachstum des Tumors. Urin konnte immer ohne Beschwerden gelassen werden. Infektion geleugnet.

Status: Magerer Pat. Innere Organe gesund. Reflexe in Ordnung. Drüsen im Nacken, Axilla, Kubitalgegend. Narbe am rechten Unterschenkel 26 cm lang bis zu 9 cm breit. Strahlige Narbe an der linken Wade. Starke linkskonvexe Kyphoskoliose mit linksseitigem Rippenbuckel. In der Genitalgegend ein kindskopfgroßer Tumor, blumenkohlartig, nach oben weit auf die Bauchhaut übergreifend, nach unten den größten Teil des Skrotums umfassend. Der Tumor hat viele Vorsprünge, Wülste, von denen einer der stark deformierte Penis zu sein scheint. Harnröhrenmündung nicht erkennbar. Die Oberfläche ist teilweise mit Blutborken bedeckt, näßt stark. Das Sekret stinkt. Urin: normal. Wassermann-Reaktion: negativ.

8. 12. 1910. Operation. Probeexzision. 5 cm lange Inzision in der rechten Inguinalbeuge und Exzision einer vergrößerten Lymphdrüse. Naht der Wunde mit Knopfnähten. Dann werden einige Stücke des Tumors an der Grenze zwischen ihm und der Haut exzidiert und auch einige Spitzen der blumenkohlartigen Geschwulst abgetragen.

[1]) D. m. W., 1911, Nr. 14, S. 669, Vereinsberichte.

Digitized by Google

Da Blunksche Klemmen und Unterbindungsfäden in dem morschen Gewebe nicht halten, muß die ziemlich heftige Blutung durch den Paquelin gestillt werden.

Das exzidierte Material und die Drüsen wurden in dankenswerter Weise von den Herren Prof. Simmonds und Dr. Delbanco untersucht. Dabei ergaben sich ganz auffallende und interessante Meinungsverschiedenheiten, welche leider die Behandlung sehr erschwerten.

Untersuchung Prof. Simmonds. 15. 12. 1910. Keine Stellen gefunden, die mit Sicherheit für eine maligne Neubildung sprechen. Auch die Drüsen waren frei. Keine Spirochäten. Wassermann negativ.

Untersuchung Dr. Delbanco. 17. 12. 1910. Spitze Kondylome weder klinisch noch mikroskopisch. „Sehr gutartiges Karzinom."

Bei diesem Ergebnis mußte doch mit der Möglichkeit einer gutartigen Neubildung, besonders Condylomata acuminata, gerechnet und von einer Totalexstirpation zunächst abgesehen werden, zumal da diese nur mit vollständiger Emasculatio ausführbar war. Dazu hätte nur ein zweifelloses Karzinom die Berechtigung gegeben.

So wurden zunächst eintrocknende und ätzende Mittel versucht, Sabina, Alaun, Salizylsäure, Chlorzink mit dem Erfolge, daß das Nässen geringer und die Neubildung kleiner wurde. Dann wurde Röntgenbehandlung versucht, und auch diese bewirkte einen weiteren Rückgang. Weitere mikroskopische Untersuchungen brachten leider noch keine Aufklärung.

Untersuchung Prof. Simmonds. 21. 1. 1911. Benigne epitheliale Neubildung, nicht Karzinom. „Benigne Karzinome kenne ich nicht." Prognose günstig.

Untersuchung Dr. Delbanco. 21. 1. 1911. Spitze Kondylome mit Bestimmtheit ausgeschlossen. Epitheliale Neubildung mit sehr suspekten Epithelveränderungen. Später: Leider ein hoffnungsloses Karzinom.

23. 2. 1911. Operation. Versuch einer Abtragung von Geschwulstmassen mit der kalten Schlinge. Auch dabei so starke Blutung, daß die Operation abgebrochen werden mußte. Am 25. 4. 1911 wurden 0,6 g Salvarsan intravenös injiziert. Ein Erfolg wurde damit nicht erzielt.

16. 5. 1911. Operation. Die Geschwulstmassen, die teils als Condylomata acuminata, teils als Karzinom bei mikroskopischer Untersuchung diagnostiziert worden sind, und die die ganze Oberseite des Skrotums einnehmen, werden mit dem scharfen Löffel entfernt.

3. 6. 1911. Vereinzelte Höcker wieder sichtbar, nachdem anfangs die Wunde ganz gut zu sein schien.

18. 6. 1911. Gute Überhäutung vom Skrotum aus.

30. 6. 1911. Operation. Auf der Oberseite des Skrotums sind die Geschwulstmassen wieder reichlich gewuchert. Sie werden mit dem scharfen Löffel entfernt und mit dem Paquelin ausgebrannt.

2. 7. 1911. Urin fließt aus einer seitlichen Öffnung, dicht an der Symphyse ist eine Harnfistel entstanden.

15. 8. 1911. Neue Wucherungen. Die Urinfistel besteht fort. Wucherungen nehmen schnell zu.

8. 9. 1911. Oedema scroti. Fortgesetzt Röntgenbehandlung. Schmerzen nehmen zu. Allgemeinbefinden schlechter.

Status am 16. 10. 1911. Der ziemlich ausgedehnte Tumor reicht nach oben bis in die Mitte zwischen Nabel und Symphyse und an die Verbindungslinie der beiden Spinae ant. sup. Die Basis ist an dieser Stelle 15 cm lang. Nach unten zu konvergiert er zur Symphyse, greift unterhalb der Ligament. Pouparti auf die Oberschenkel über und geht bis an die Hinterseite des Skrotums. Das Skrotum selbst ist stark ödematös

Digitized by Google

und schmerzhaft. Der Tumor besteht aus kleinen spitzen Wucherungen mit gelblich-grünlichem Belag, aus denen der Penis als größerer Tumor hervorragt. Der Penis sieht wie mit Schleimhaut bedeckt aus, von Kutis ist nichts zu sehen. Harnröhrenmündung nicht zu entdecken. Der Urin entleert sich aus einer Öffnung dicht oberhalb des Penis.

Das Skrotum hat nur an seiner Hinterseite äußere Haut, aber auch dort zeigen sich warzige Neubildungen in der Nähe der Raphe.

In der Umgebung des Penis ist der Tumor zerfallen und bildet eine Höhle, aus der der Penis aufragt. Die untere Wand der Höhle wird von der Symphyse gebildet.

Operation am 16. 10. 1911. Morph.-Skopolamin-Äther-Chloroform-Narkose. Zuerst wurde von der Medianlinie aus die linke Hälfte der Geschwulst etwa 1 cm im Gesunden umschnitten. Nach Unterbindung der Art. pudenda ext. wurde präparando im Gesunden in die Tiefe gegangen. Dann wurde dasselbe rechts gemacht und bis auf den Samenstrang vorgedrungen, der nahe am Penis von Tumormassen dicht umwachsen war.

Danach wurde auch der linke Samenstrang freigemacht. Er erwies sich als intakt, ebenso der linke Testis. Er wurde deshalb geschont und nach oben zurückgeschlagen. (Das war ein Fehler, denn von hier aus begann später das Rezidiv.)

Pat. wurde in Steinschnittlage gebracht. Vom Skrotum wurden die seitlichen gesunden Partien der Haut vorsichtig abpräpariert und erhalten, während die Raphe mit den warzigen Neubildungen am Tumor verblieb. Unterbindung der Gefäße im rechten Samenstrang. Nun wurde das Skrotum mit dem rechten Testis gelöst und der Tumor bis auf den Penisschaft abgetrennt. Durchtrennung des Corp. cavernosum urethrae mit der Urethra, von der 2 cm erhalten werden konnten. Durchtrennung der Corpora cavernosa penis. Nun zeigte sich eine Jauchehöhle im Cavum ischio-rectale, die ausgeräumt wurde. Vom Schambein wurde eine arrodierte Knochenschicht mit dem Meißel abgetragen. Eine weitere Jauchhöhle lag unter der Adduktorenfaszie und wurde nach Spaltung der Faszie ausgeräumt. Naht der erhaltenen Lappen der Skrotalhaut, Bedeckung des Damms. Dorsale Spaltung des Urethralstumpfs und Fixierung an der Haut. Dauerkatheter. Zur Mobilisierung der Haut wurden zwischen Nabel und Spinae ant. sup. beiderseits parallel dem Lig. Pouparti Entspannungsschnitte gemacht. Da diese aber nicht ausreichten, wurde rechts ein großer gestielter Hautlappen gebildet und über die Symphyse gelegt. Dabei fanden sich rechts drei große Drüsen an der Vena femoralis, dann auch noch links eine große Leistendrüse, die ausgeräumt wurden. Dann wurde der linke Leistenkanal so weit gespalten, daß der Testis bequem gelagert werden konnte, und die Faszien wieder genäht. (Der Hoden funktionierte weiter, der bedauernswerte Mensch hatte Libido und Ejakulationen und konstatierte das mit einem gewissen Stolz.) Tamponade der Höhlen. Komplette Hautnaht. Der kolossale Defekt ließ sich ganz mit Haut bedecken. Während der Operation Digitoxin-Klysma und Kampfer.

Dies war zweifellos eine Karzinom- und keine Kondylomoperation. Die Hautlappen heilten zum größten Teil gut an, nur an wenigen Stellen wichen sie auseinander. Der Dauerkatheter lag nur wenige Tage, dann war die Urinentleerung dauernd spontan und normal.

Am 10. 1. 1912 konnte Pat. aufstehen. — Im Februar 1912 bildeten sich neue Wucherungen in der Gegend des transplantierten linken Hodens, in der Bauchhaut.

12. 2. 1912. Operation. Die Geschwulstmassen, die sich in der Gegend des früher transplantierten linken Hodens gebildet hatten, werden im Gesunden oval umschnitten und aus den Bauchdecken exstirpiert. Der transplantierte Hoden erweist sich als intakt, er wird ebenfalls exstirpiert. Hierauf wird mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, verschorft und mit steriler Gaze austamponiert. Darauf werden die in der Regio

Digitized by Google

pubis sitzenden Wucherungen ebenfalls mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und verschorft. Es zeigt sich, daß die Neubildungen bis weit in das Cavum ischio-rectale infiltrierend gewachsen sind. Die Wundhöhle wird mit steriler Gaze tamponiert. Ende März neue Wucherungen in der Umgebung der Urethra.

2. 4. 1912. Operation. Die periurethralen Tumormassen werden mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, worauf die Wunde mit dem Paquelin verschorft wird. Ebenso wird ein Rezidiv in der linken Unterbauchgegend behandelt. Jodoformgazetamponade. Im Laufe des Mai 1912 neue Wucherungen auf der Bauchhaut und in der Umgebung der Urethra. Anfang Juni 1912 begann Entleerung von Kot aus den Wucherungen auf der linken Bauchseite, es hatte sich eine Darmfistel entwickelt.

Unter starker Abnahme der Kräfte und rascher Wucherung der Neubildungen Exitus am 14. 7. 1912.

Sektionsbefund:

Äußerst magere Leiche. Über der linken Unterbauchgegend ein handtellergroßer Substanzverlust, der mit dem Darmlumen in Verbindung steht. Penis, Skrotum, Hoden fehlen. An dieser Stelle findet sich eine kraterförmige Einsenkung, deren Wände aus blumenkohlförmigen Tumoren bestehen (vgl. Fig. 1). Die Höhle reicht von der Symphyse bis nahe an den Anus und bis zu den Oberschenkeln. Die Tumoren sind schmierig belegt. Urethralmündung nicht auffindbar. In der Bauchhöhle kein Aszites. Das Netz und die Flexura sigmoidea mit dem oberen Wundwinkel verlötet, der Darm ist hier durchgebrochen. Nieren, Blase, Prostata und die durch den Tumor hindurchgehende Harnröhre sind gesund. Die Symphyse ist tief arrodiert, so daß man einen Finger hineinlegen kann. Am Schambein einige nekrotische Knochensplitter. In der Brusthöhle nichts Abnormes.

Fig. 1.

Das Eigenartige des Falles liegt meines Erachtens darin, daß der Tumor selbst ganz nach Art eines Karzinoms wuchs, daß er in die Urethra, in den Darm durchbrach, den Knochen arrodierte, aber auf der anderen Seite trotz der langen Dauer der Krankheit keine Metastasen in Drüsen und inneren Organen gemacht hat.

Ein ganz ähnlicher Fall ist jetzt in Kiel von Konjetzny[1]) beobachtet und beschrieben worden.

[1]) Konjetzny, M. m. W., 1914, Nr. 16, S. 904.

Digitized by Google

Histologischer Teil von Dr. E. Delbanco.

Das Referat meiner histologischen Ausführungen im Anschluß an die klinische Entwicklung des Falles durch Herrn Dr. Grisson lautete laut offiziellem Protokoll:

Herr Delbanco hatte Gelegenheit, den Tumor, welcher ihm gleich bei der ersten Vorstellung als Morbus sui generis imponiert hatte, zu verschiedenen Zeiten zu untersuchen. Die noch im Dezember 1910 gewonnenen Präparate hatten ihn das „spitze Kondylom" ablehnen lassen[1]). D. rekapituliert den derzeitigen Stand der Diagnostik des Condyloma acuminatum. Der neuerliche Vorstoß von Cronquist (Malmö 1912), den Ausgangspunkt der Wucherung wieder in das Bindegewebe zu verlegen, wird abgelehnt. — Neben den vom spitzen Kondylom trennenden Momenten waren es eine zum Durcheinander der Zellen vielfach führende Unruhe der tieferen Lagen des Akanthoms, eine Neigung der Stachelzellen zur Erweichung, zur hyalinen Degeneration und Perlenbildung, welche D. veranlaßten, der fremdartigen Wucherung die Zeichen einer eben beginnenden Malignität zuzusprechen. Unna folgte D. in der Ablehnung des Condyloma acuminatum, nicht in der Diagnose einer malignen Neubildung, empfahl vorderhand von einem Epitheliom großen Stils zu sprechen.

D. erinnert an die Referate von Darier, Fordyce und Jadassohn auf dem Londoner Kongreß über die benignen und malignen Epitheliome der Haut. Die Dermatologie kann des Epithelioms nicht entraten, welches die Pathologen viel enger fassen und mit welchem die dermatologischen Schulen der verschiedenen Länder keine einheitlichen Begriffe verbinden.

Die Röntgenbestrahlung hatte vorübergehend und stellenweise die Epithellager zur Abstoßung gebracht. Der freiliegende Bindegewebskörper wurde schnell epithelisiert. Ebenso schnell geriet die Epitheldecke in Wucherung mit dem Ergebnis der ursprünglichen Geschwulstbildung. Im Bindegewebe zu allen Zeiten der Untersuchung eine stärkst ausgebildete chronisch entzündliche Reizung mit starker Erweiterung der Venen. Die Röntgenbestrahlung kann nicht Ursache sein, daß schon Ende 1911 die Geschwulstbildung durchweg das mikroskopische Bild des ausgesprochenen Plattenepithelkrebses aufwies, ohne daß klinisch die Wucherung als solche ein anderes Aussehen annahm.

Wie in der Mehrheit der Fälle die karzinomatöse Wucherung der Haut über die größere Spanne ihres zeitlichen Bestandes in Zusammenhang bleibt, ist es auch hier nirgends zu einer Abschnürung von Epithel gekommen trotz hochgradiger Metaplasie der Stachelzellen, Verlustes der Architektur der Haut, alles Zeichen einer malignen Degeneration. In der Wahrung des Epithelzusammenhanges in Verbindung mit der kräftigen Reaktion des Bindegewebes beruht wohl auch hier die relative Gutartigkeit des Tumors, welcher per contiguitatem das Os pubis usurierte, aber selbst die meist gefährdeten Lymphdrüsen nicht infizierte. In Schnitten durch diese nicht eine Krebszelle.

Auffällig in den Präparaten ist die Erweichung des Krebsgewebes. Bei schwacher Vergrößerung denkt man an Querschnitte eitrig infiltrierter Bindegewebspapillen mit isolierten Epithelien. Die geschwollenen Krebszellen haben durch Aufnahme von Leukozyten in ihren verflüssigten Protoplasmaleib bizarre Formen angenommen.

Delbanco erinnert an B. Fischers Untersuchungen über Scharlachrot und atypische Epithelwucherung. Wer Hypothesen liebt, mag beim Studium der zahlreichen demon-

[1]) Gekürzt hier wiedergegeben.

Digitized by Google

strierten Präparate an Stoffe denken, welche vom Bindegewebe aus die Epitheldecke in Wucherung brachten — und auch wieder in Schranken hielten. Fischers Arbeiten haben Wälsch in Prag zu geistvollen Studien angeregt. Er brachte Scharlachrot unter die Keimscheibe von Hühnerembryonen, erzeugte dadurch Epithelwucherungen und Vervielfachungen des Medullarrohres. (Arch. f. Entwicklungsmechanik, 38. Bd.)

Dem kurzen und prägnanten Krankenbericht des Herrn Dr. Grisson und dem Referat meines Vortrages mögen noch einige Mikrophotogramme beigefügt werden. Von ausführlichen Erörterungen über die Abgrenzung des Epitheliombegriffes darf abgesehen werden. Außer den im Referat erwähnten Vorträgen auf dem internationalen Londoner Kongreß 1913 mag der für das Thema Interessierte auf die Vorträge von Darier und Rona auf dem internationalen Dermatologenkongreß zu Berlin zurückgreifen.

Theoretisch ist auch nichts hinzuzufügen. Es gelingt noch nicht — und darauf beruht letzten Endes die Schwierigkeit der Einteilung und Abgrenzung der Epitheliome von den Karzinomen — in allen Fällen die klinische Gutartigkeit mancher Karzinome in Einklang zu bringen mit den die anatomische Malignität des Karzinoms bereits zum Ausdruck bringenden oder mindestens an solche angrenzenden histologischen Bildern und umgekehrt. Es ist nicht angängig, den Karzinomcharakter nur dann als einwandfrei zu bezeichnen, wenn sich Tochtergeschwülste gebildet haben oder das Wachstum etwa in Muskulatur oder Knochen hinein erfolgt ist. Wo kämen wir mit dieser in dem sonst so wertvollen Werk von Ricker und Schwalb über die Geschwülste der Hautdrüsen sich findenden Definition in der Dermatologie hin? Mit diesen beiden Autoren habe ich mich schon an anderer Stelle kurz auseinandergesetzt über die von ihnen beliebte Einengung des Nävusbegriffes. Gerade die immer wachsende Ausdehnung des Begriffes der „Mißbildung" bringt uns über viele Schwierigkeiten in der Geschwulstlehre, gerade bei den Epitheliomen hinweg. Ronas und Jadassohns angeführte Vorträge bleiben hierfür von bleibendem Wert. Das aber nebenbei. —

Das Karzinom der Haut setzt keine Abschnürung von Epithelien, keine Nesterbildung, keine Drüseninfektionen usw. als conditio sine qua non voraus. Der Epithelzusammenhang ist ebensooft gewahrt wie aufgehoben. Darauf beruht seine relative Gutartigkeit. Krompechers und Becks Arbeiten über den drüsenartigen Oberflächenepithelkrebs haben uns unbeschadet aller Einwände von v. Hansemann, Borrmann, Ricker und Schwalb u. a. gegen seine Sonderstellung diese Wahrheit noch eindringlicher bewiesen.

Der alveoläre Bau des Karzinoms, wie wir ihn zur anatomischen Diagnose für die inneren Organe benötigen, ist für die Haut das weniger häufige Vorkommnis. „Eine Vorliebe der Epithelien, in geschlossenen

Digitized by Google

Kolonnen vorzudringen, ist an der Haut unverkennbar. Aus diesen Tatsachen erhellt die Unmöglichkeit, die Diagnose des Krebses von dem Vorkommen abgeschnürter Krebsnester abhängig zu machen (Klebs). Viele echte Karzinome der Haut würden dieses Postulat nicht erfüllen. Es gehört für die Hautkrebse geradezu ein besonderes Wachstumsprinzip dazu, wahrscheinlich eine besondere Beweglichkeit der Krebszellen, um einen echten alveolären Bau aufzuweisen." Ich zitiere diese Worte aus einem der allerhervorragendsten Kapitel in Meisters Unna Histopathologie, dem Karzinomkapitel. Wie oft habe ich es studiert, ohne daß mir aber an ihm die Erkenntnis geworden ist, wann und wie die leisesten Karzinomanfänge in der Haut zu begründen sind, der Anfang des Unabhängigwerdens des Epithels vom Bindegewebe. Die mustergültigen Bearbeitungen der Karzinomforschung (in den Ergebnissen von Lubarsch und Ostertag) von Herxheimer und Bornemann und Herxheimer und Schmidt geben auch keine befreiende Antwort. — Die sekundären Degenerationen des Krebsepithels (Hyaline, Keratoide, Verkalkung, Erweichung) unterstützen die Diagnose, begründen sie nicht, besitzen daher nur relativen Wert.

So wachsen die Schwierigkeiten für die Diagnosestellung des beginnenden Hautkarzinoms. Vor der Hand werden wir ihrer nicht Herr. Fachpathologen und Dermohistologen gehen aneinander vorbei. Wie wäre es sonst zu erklären, daß Konjetznys Fall auch von Lubarsch für ein exzessives Kondylom erklärt wird. Für Unna und mich — ich darf es hier schon verraten — ist er ausgeprägtes Karzinom.

Solange die ätiologische Richtung in der Karzinomforschung uns in Stich läßt, so sehr müssen wir von den feineren Methoden der chemischen Färbung unser Heil erwarten. Das Problem ist brennend, weil „Krebs oder nicht Krebs" eine überaus praktische Entscheidung einschließt.

Angesichts aller Unstimmigkeiten und Widersprüche bei Aufstellung und Abgrenzung der Karzinome und Epitheliome ist daher gewiß die Mitteilung weiterer Fälle geboten, welche sich in die Schemata nicht ohne weiteres einfügen. So sicher die Karzinomdiagnose des Grisson-schen Falles in den späteren Stadien war, so unentschieden noch in dem Stadium, in welchem der Kranke auf die Abteilung kam, und in welchem er schon die Riesenwucherung bot. Pathologen wie Unna und Simmonds lehnten das Karzinom nach den ersten Exzisionen rundweg ab. Es mag dem Leser an der Hand der Photogramme und Zeichnungen überlassen bleiben zu entscheiden, wieweit mir die Berechtigung zukam, an ein Karzinom zu denken. Um ein spitzes Kondylom handelte es sich nicht. Darüber war für Unna und mich kein Zweifel. In der Auffassung einer malignen Entartung bestärkte mich ungewollt — von solchen Beein-

Digitized by Google

flussungen hält sich vielleicht nur der mit dem klinischen Bild in keinerlei Berührung und Konflikt kommende Fachpathologe frei — das Aussehen der Geschwulst. Erfahrene Hamburger Venerologen sprachen bei der Krankenvorstellung von exzessiven spitzen Kondylomen. Nur eine ganz äußerliche Ähnlichkeit, der grob papilläre Bau, die Farbe, vor allem der Sitz an den Genitalien konnten zu dieser oberflächlichen Diagnose verleiten [1]).

Um es gleich vorwegzunehmen: Bei gleichbleibendem klinischen Bilde ergaben die späteren Exzisionen und Stückchenuntersuchungen des total exstirpierten Tumors einen von niemandem mehr bestrittenen Krebs. Rückschauend ordne ich daher die ersten ungewohnten mikroskopischen Präparate der Karzinomdiagnose unter, und komme ich zu der wohl nicht unangefochten bleibenden Auffassung, daß hier ein und dasselbe Karzinom in verschiedenen Bildern sich offenbarte. Der Zusammenhang der krebsigen Partien war auch in den spätesten Stadien nicht verloren gegangen — daher wohl das Verschontbleiben der Drüsen — trotz allem grotesken Durchwachsen der Haut. In den uns zur Verfügung stehenden früheren Stadien aber eine bei Lupenvergrößerung als Akanthom imponierende Geschwulst, welche indes schon bei schwacher Vergrößerung als die stark veränderte Oberhaut, besser als ein Oberhautersatz, sich auswies. Die Innenarchitektur der Oberhaut war sicher verloren gegangen, ihr äußerer Rahmen und Zusammenhalt war erhalten geblieben.

Gleich hier möchte ich den Gedanken zur Erwägung stellen, die Veränderung in das Gebiet der präkankerösen Affektionen zu verweisen. Die Histologie der Pagetschen Krankheit und der anderen Dystrophien des Epithels hat zu endlosen Aussprachen geführt, ob und wo hier die maligne Veränderung zu finden ist. Mit Darier [2]) bezeichnen wir als präkankeröse Affektionen Krankheitszustände, die so häufig den Ausgangspunkt einer Krebsentwicklung bilden, daß dieses Zusammentreffen mehr als ein bloßer Zufall sein muß.

Fig. 2 gibt einen Schnitt durch eine mit großen „spitzen Kondylomen" besetzte Vorhaut. Die äußere Form der Geschwulstpartien macht es verständlich, daß noch jetzt so gern und so häufig von einem Papillom gesprochen wird. Die Wucherung als Ganzes erhebt sich über die Oberfläche, das ganze Bindegewebslager wird in seiner Breite nicht oder kaum durch das Epithelwachstum beeinträchtigt. Die untere Epithelgrenze bleibt eigentlich immer in gleicher Höhe. Will man sich die Entstehung des komplizierten Bildes klarmachen, so muß man sich schon an ganz junge Vegetationen halten.

Die Wucherung beginnt mit einer kleinen, scheibenförmigen Verdickung des Epithels, einer knopfförmigen Hervortreibung, die zum größeren Teil auf den anschwel-

[1]) Jadassohns Vorschlag, an Stelle von spitzen Kondylomen von genitalen Vegetationen zu sprechen, halte ich für sehr zweckmäßig. — [2]) Grundriß der Dermatologie. Mit Bemerkungen und Ergänzungen von Jadassohn. Berlin 1913, Springer.

Digitized by Google

lenden Papillarkörper zurückzuführen ist. Blut- und Lymphgefäße sind in ihm erweitert, eine Anhäufung entzündlicher Zellen ist sehr früh bemerkbar. Das Epithel bleibt stets das formgebende Moment, die Kutis hat nur „passiv durch die Existenz vorgebildeter, in ihrer Festigkeit und Widerstandskraft differierender Punkte Einfluß auf die definitive Gestaltung". Viele Epithelknöpfchen schießen nebeneinander auf.

Nun wächst das Kondylom zu dem bekannten fingerförmigen, blumenkohlartigen, handartigen Gewächs heran. Das Epithel wuchert üppig, Basalzellen und die unteren Stachelzellagen zeigen reichlich Mitosen. Die einzelnen Stachelzellen können riesige Dimensionen annehmen, die Interspinalspalten klaffen, füllen sich mit Fibrin, wimmeln von Leukozythen. Die Stacheln und Epithelfasern können nirgends wie hier studiert werden. Die Unnaschen X-Zellen und die von ihm gefundenen Degenerationen der Epithelien erwähnen wir im Fluge. Der stark verbreiterten Körnerschicht folgt keine entsprechende Verdickung der Hornschicht, keine eigentliche Hyperkeratose, keine Aufstapelung von Hornmassen.

Im Bindegewebe nehmen die entzündlichen Erscheinungen schnell zu. Weitklaffende Kapillar- und Lymphgefäße dehnen immer mehr die Papillen bis in ihre Köpfe. Spindelzellen, Leukozythen, Mastzellen erscheinen reichlich, auch Plasmazellen in verschieden großer Zahl, ihre Zahl steigert sich mit der äußeren Reizung der leicht angreifbaren, durch keine dickere Hornschicht geschützten Geschwulst. In den weiten Lymphspalten häuft sich Fibrin.

Und jetzt kommt es durch die Bildung immer neuer Epithelknospen und -polster im Wechselspiel mit den chronisch-hyperplastischen Vorgängen im Bindegewebe und der Schwellungen in den Papillenköpfen bei dem Fehlen eines Widerstandes von oben, einer starken Horndecke, zu immer neuen Abfurchungen von Papillen. Je nachdem die äußeren Schichten der leichten Horndecke nachgeben, einreißen, haben wir die äußere Gestalt des Gewächses. Senkt sich die Hornschicht zwischen die größten Stammpapillen, so haben wir den handförmigen Bau, widersteht sie, überkleidet sie die ganze Wucherung, so haben wir einen keulen- oder birnförmigen Bau (Fig. 2), dringt sie zwischen die jüngsten Wucherungen, so resultiert das blumenkohlartige Gefüge.

Mit vorstehendem haben wir uns Unna angeschlossen. Aus dem Königsberger pathol. Institut stammen meine Untersuchungen über die Septenbildung in der Schleimhaut der ableitenden Harnwege, mit welchen ich mich noch vor meiner Lehrzeit bei Unna voll und ganz dem Standpunkt von Auspitz und Unna angeschlossen hatte. Es gibt keine selbständige Papillensprossung in das Epithel hinein. Wie bei der Haarpapille müßten wir bei einem selbständigen Papillenwachstum an der Spitze der Papillen Häufung von Bindegewebszellen mit reichlichen Mitosen sehen.

Wir legen absichtlich noch einmal unseren Standpunkt fest angesichts des durch eine sorgsame Literaturzusammenstellung sich auszeichnenden Buches von Cronquist über das spitze Kondylom. Cronquist entscheidet sich für das Bindegewebe als formgebendes Element. Nunmehr hat auch Jadassohn in seinem Londoner Vortrag die Beweisführung des Autors nicht anerkannt. An der Hand von Bornschen Modellen will Cronquist die Epithellücken von Juliusberg als Anlaß der Papillenwucherung wieder zu Ehren bringen. Die entschiedene Stellung, welche Jadassohns Autorität einnimmt — und bindegewebsfeindlich war Jadassohn gewiß nie — wird hoffentlich die rückschrittliche Opposition gegen Auspitz-Unnas Lehre mit beseitigen helfen.

Digitized by Google

Fig.2

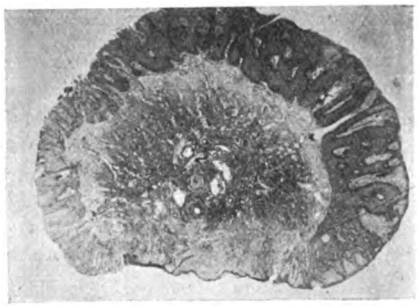


Fig.3

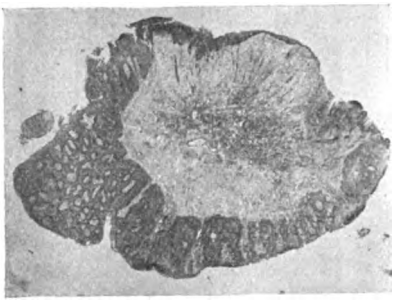


Fig.3a

Fig.4

Fig.5

Fig.6

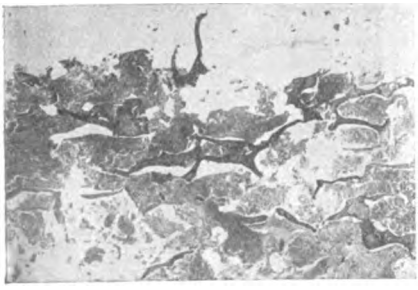


Fig.7

Fig.8

Erklärung der Abbildungen gegenüberstehend.

Digitized by Google

Die obigen Darlegungen über die Genese des spitzen Kondyloms machen das komplizierte Bild verständlich, welches uns Schnitte liefern. Die zahlreichen quer getroffenen Papillen, die scheinbar abgesprengten Epithelmassen, die, wie auch aus Fig. 2 ersichtlich, durch die Leukozytheneinwanderung oft stark geschädigten und zerklüfteten Epithelien, die mit breitem Fuß oder mit spitzem Auslaufen oder auch mal in ganz ausgefaserten Enden in das Bindegewebe reichenden Epithelzapfen, welche hier und da auch eine beginnende Perlkugelbildung aufweisen, die Querverbindungen der Epithelzapfen bei schneller Wucherung des Epithels — alles und dieses muß schon einen mit der Histologie der genitalen Vegetationen vertrauten Untersucher voraussetzen, will man die Diagnose nicht übersehen — aber auch nicht zu häufig stellen. Die Regelmäßigkeit des Bildes bricht doch immer wieder durch, die stets erhaltene Palisadenschicht und die Ordnung der ihr auflagernden, in ihrer Größe allerdings sehr verschiedenen Stachelzellen. Und schwanken tut schließlich in ihrem oben gezeichneten Rahmen auch das Aussehen der Horndecke.

Fig. 3 und 3a zeigten Schnitte durch die ersten mir zur Verfügung gestellten Exzisionen. Eine epitheliale Wucherung umschließt den an einer Seite von Epithel entblößten Bindegewebskörper; die epithelfreie Partie[1]) zeigt den Bindegewebskörper nur noch als ein chronisches Granulationsgewebe, zeigt die senkrecht ziehenden Gefäße, die in einem jungen und sehr feuchten kollagenen Gewebe lagernden Plasmazellen und Leukozyten. Die Oberfläche selbst von einem fibrinreichen Exsudat eingenommen. Das von Epithel umrahmte Bindegewebe ebenso reich an Plasmazellen, völlig im Stadium der chronisch entzündlichen Reizung mit sehr weiten venösen und lymphe führenden Räumen versorgt, welch letztere in den Bindegewebsinseln innerhalb des schräg getroffenen Epithellagers in die Augen fallen. In Fig. 3 hat das Epithel überall ungefähr die gleiche Breite, sein Tiefenwachstum hat nirgends beträchtlichere Dimensionen angenommen. In Fig. 3a bietet die eine Stelle dem oberflächlichen Beschauer eine äußere Ähnlichkeit mit dem spitzen Kondylom. Auf beschränktem Raume hat hier eine größere Epithelwucherung stattgehabt. Die zahlreichen Bindegewebsquerschnitte haben mit den physiologischen Bindegewebspapillen oder mit den beim spitzen Kondylom immer neu abgefurcht werdenden Papillen nichts zu tun. Dafür zeugt das übrige Epithel, welches in seiner Wucherung ein total anderes Bild bietet als beim spitzen Kondylom, geradezu ein umgekehrtes. Auf das oben Gesagte mich beziehend, machen wir aufmerksam auf die in Abständen voneinander mehr oder weniger schmalen, nach der Oberfläche vielfach sich verschmächtigenden Epithelleisten, welche nach dem Bindegewebe zu breiter werden, sich verästeln in allen möglichen Formen, zu Lagern zusammenfließen. Die Epithelleisten sind zum Teil gar nicht von einem Epithellager und einer dieses überziehenden Horndecke überzogen; wo eine solche, ist sie sehr schmal, dünn, so daß ihr Einreißen an vielen Stellen durch irgend welche Irritation in vivo verständlich ist. Der nach außen

[1]) Es handelt sich meines Erachtens hier nicht um die Basis eines Knollens der Gesamtgeschwulst, sondern um einen durch mechanische Momente oder durch Eiterung bedingten Epithelverlust. Die Probeexzisionen sind demnach quer bzw. schräg durch einen Knollen gegangen.

Fig. 2—8 Photogramme.

Fig. 2. Vorhaut mit spitzen Kondylomen und epithelialem Gang. Vorhaut amputiert. — Fig. 3, 3a. Erstes (präkanköröses) Stadium bei verschiedenen Vergrößerungen. — Fig. 4, 5, 6. Karzinom. (Fig. 6 mit zahlreichen Erweichungsherden.) — Fig. 7. Knochenbalken inmitten des Krebsgewebes. — Fig. 8. Fall Konjetzny.

Digitized by Google

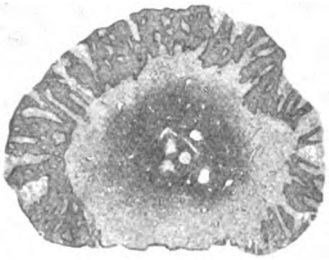


Fig. 9

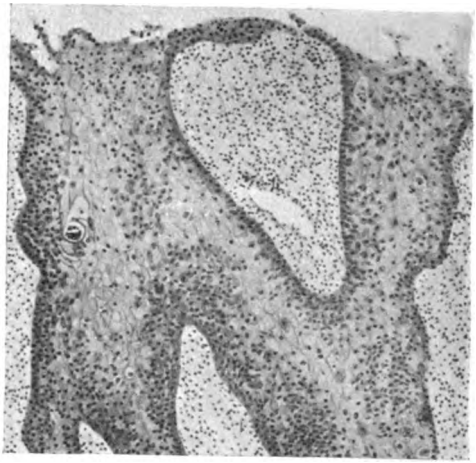


Fig. 10

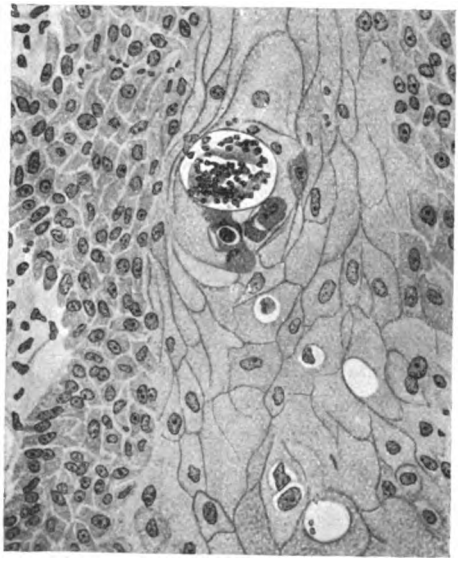


Fig. 11

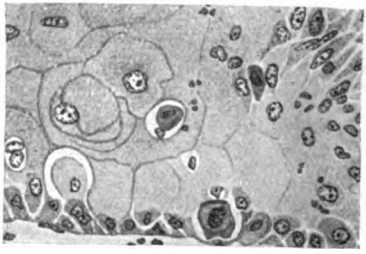


Fig. 12

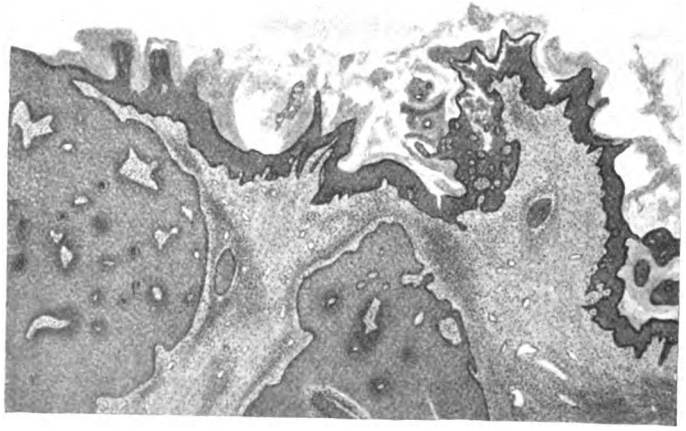


Fig. 13

Erklärung der Abbildungen gegenüberstehend.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

dringende Serumstrom genügt schon, um sie zu zerreißen. Eine eitrige Kruste bedeckt das nackte Epithel, auf welcher nirgends eine Körnerschicht aufgesetzt ist. In den wenigen gröberen Einsenkungen an der Oberfläche sind Andeutungen von Hornlamellen vorhanden. Bei schwacher Vergrößerung gewahrt man überhaupt nicht, daß einer Verhornung doch schon in geringem Umfang die oberen Zellager unterworfen sind (vgl. Fig. 9, Zeichnung).

Bevor wir das vermeintliche Akanthom genauer betrachten, springt uns noch einmal in die Augen die fast ausgerichtete untere Grenze seines schrittweisen Vordringens (Fig. 3, 3a, 9). Mir hat sich die Vorstellung aufgedrängt, daß die enorme chronisch entzündliche Reizung des Bindegewebes, welche, wenn sie nicht sekundär ist, dem Epithelwachstum parallel geht — die Frage, ob sie sogar das primäre ist, gar nicht zu berühren — irgend einer Noxe ihr Dasein verdankt. Diese Noxe übt dann wieder im Sinne B. Fischers eine Attraktion auf das Epithel aus. Die Reizung als solche — Unna hat stets auf die Plasmazellenschale um die vordringenden Karzinomzapfen hingewiesen — würde das Gleichgewicht herzustellen versuchen, die verständliche Reaktion des Bindegewebes gegen den vordringenden Feind bedeuten[1]).

Das „Akanthom" bei Immersionseinstellung (Fig. 10, 11, 12 Zeichnungen):

Die Palisadenschicht ist überall erhalten. Einzelne umschriebene Ausbuchtungen, Zapfenbildungen, vermeintliche Auflockerungen bedeuten das Vordringen. Mitosen nicht überreichlich. Die Palisadenzellen geben dem ganzen Bilde eine gewisse Ruhe und täuschen meines Erachtens über die eigentliche Diagnose hinweg. Denn oberhalb der Reihe der Palisadenzellen ist nichts mehr von der gewöhnten Ordnung und dem etagenförmigen Aufbau der Stachelzellen zu sehen. Große gequollene, vielfach schon verflüssigte Epithelien wechseln ab mit kleinen Epithelien, welche zusammengedrückt erscheinen, sogar spindelige Form erhalten haben. Stellenweise kann man von fischzugartiger Anordnung reden. Beherrscht wird das ganze Bild jedoch von hyalin-

[1]) Unna sagt an einer Stelle, daß die Vorliebe sekundärer Krebse für die Form des karzinomatösen Lymphbahninfarktes darauf hindeutet, daß sie weniger deletär auf das Kutisgewebe wirken, und daß umgekehrt bei den primären Hautkrebsen ein noch unbekanntes, in die Ferne wirkendes, chemisches Agens auf das kollagene Gerüst schwächend einwirkt. Um die einfache Folge der zelligen Infiltration der Kutis kann es sich dabei nicht handeln. — Die Auffrischung dieser Überlegung interessiert heute um so mehr in Hinblick auf die Arbeiten von B. Fischer und seiner Nachfolger. Die Einwirkung chemischer Stoffe wird einmal vom Epithel aus, das andere Mal vom Bindegewebe aus supponiert, im ersten Fall in einem das Vordringen des Epithels begünstigenden, im letzteren die Epithelwucherung bedingenden Sinne. — Epithel- und Bindegewebstheoretiker treten wieder einander gegenüber, aber in weniger scharfer Kontroverse.

Fig. 9—13 Zeichnungen.

Fig. 9, 10, 11, 12. Erstes (präkankeröses) Stadium bei verschiedenen Vergrößerungen.
Fig. 13. Partie aus Fig. 4 (vgl. Text).

Digitized by Google

degenerierten Zellen, um welche sich die Nachbarzellen konzentrisch ordnen in allen Übergängen zu den Hyalinperlen. Auch Hornperlen sind vorhanden. Bienenwabenartig nimmt sich das Gefüge der obersten Epithelien aus, da von den verflüssigten Protoplasmaleibern nur die äußeren Partien, die Schalen, erhalten geblieben sind, welche als solche vorgetäuscht werden, in dem das zerfließende Protoplasma hier aufgehalten wird und sich zu stauen scheint. — Überlagert wird die Oberhaut von einer Eiterzellen- und Fibrinschicht. Die Einkerbungen kommen zustande durch herausgefallenes Epithel. In der Tiefe der im ganzen nur seltenen Gruben lagern vereinzelt Hornperlen.

Vertieft man sich in das Bild, so wird man mir zustimmen, daß erstens von einem spitzen Kondylom überhaupt keine Andeutung vorliegt, daß andererseits aber von einer Metaplasie der gesamten Oberhaut gesprochen werden darf. Die Metaplasie in Verbindung mit dem aufgehobenen Gefüge der Oberhaut — nur die Palisadenzellen sind erhalten — und in Verbindung mit der „Unruhe der Zellen" ist das Charakteristische des Bildes, welches zur Fig. 4 überleitet.

Vorher aber noch die eine Bemerkung, daß selbst in den vorgeschrittensten Fällen einer unbestrittenen Krebswucherung der Haut das „Fußen" des Epithels auf der Kutis, die Zylinderzellenschicht oft ganz erhalten ist. Es beweist dies geradezu den Zusammenhang der wuchernden Epithelmasse, das Fehlen eines sich Abschnürens. Im einzelnen verweise ich wieder auf Unna. Ich folge ihm da ganz. Seine styloide Form wie die alveoläre des Hautkarzinoms entraten der Palisadenschicht. Die gleichmäßige Zylinderzellenlage ist nur der Ausdruck einer unmittelbar an der Kutisgrenze gesteigerten Proliferation der Epithelien, eine Funktion besonderer Druckverhältnisse, welche wegfallen, wo das Bindegewebe durch stärkeren Widerstand die Zellsäulen in Auffaserung gebracht hat usw.

In den Photogrammen Fig. 3 u. 3a (vgl. Zeichnungen Fig. 9, 10) wird ein benignes Verhalten des Epithels um so mehr vorgetäuscht, als von einer stärkeren Wucherung, einem Unabhängiggewordensein des Epithels gegenüber dem Bindegewebe, nichts zu entdecken ist. In dem Rahmen der ursprünglichen Oberhaut haben wir ein metaplastisch verändertes Epithel vor uns, welchem ein schrankenloses Wachstum nicht gewährt ist. Nur weitere gleiche Beobachtungen können entscheiden, wo das mikroskopische Bild einzuordnen ist. Unseres Erachtens steht es mindestens an der Grenze von gutartig und bösartig.

Fig. 4. Der sehr umfängliche Schnitt, einem späteren Stadium des Falles entnommen, ist nur zu einem Teil auf die Platte gelangt. Eine noch schwächere Lupe hätte die Einzelheiten zu sehr vernachlässigt. Die Beschreibung kann sich kurz fassen, so schwer es auch ist, dem grotesken Bild gerecht zu werden.

Ein ausgesprochener Plattenepithelkrebs. Das Epithel hat die Oberhand gewonnen in unaufhaltsamem Wachstum, das Gleichgewicht der Gewebe ist zugunsten des Epithels aufgehoben. Die in dem Photogramme von Bindegewebe umschlossene epitheliale Partie stellt natürlich nur einen Schrägschnitt durch einen Epithelzapfen dar.

Digitized by Google

Durch ein Epithelwachstum 1. auf zu engem Raum, 2. unter dem Mangel einer festeren Horndecke, welche das Epithel zwingen würde, in die Tiefe zu steigen, ist es zu dem papillären Aufbau der Geschwulst gekommen. Das zwischen zwei Epithelvorsprüngen in der „Falte" bleibende Epithel verhornt bei solcher Überdachung um so leichter in seinem Zentrum. Die Fig. 4 erklärt sich mühelos.

Das zwischen der Krebswucherung ausgespart werdende Gewebe besteht überwiegend aus glatter Muskulatur. Die von letzterer umschlossenen weiten Lumina sind venöse Räume. Es handelt sich um kavernöses Gewebe eines Schwellkörpers, in welches die Wucherung eingedrungen ist.

Das Schwellkörpergewebe zeigt stellenweise eine reichliche Ansammlung von Plasmazellen[1]).

Als hervorstechendes Moment fällt wieder in die Augen die allen Epithelzapfen und der ganzen Wucherung eigen gebliebene Zylinderzellenlage. Die gesamte Epithelgeschwulst ist in Zusammenhang geblieben. Wo einzelne Nester im Bindegewebe eingesargt erscheinen, sind sie ohne weiteres schon durch den Kranz von Zylinderzellen als durch Schrägschnitt entstanden zu deuten, haben sie nichts gemein mit echten Krebsalveolen. Dadurch ist auch die relative Gutartigkeit des Falles zu erklären. Die Epithelmassen, welche sich gegen die Muskulatur vorwälzen, die kavernösen Räume zusammendrücken, wahrscheinlich, was aber nicht so leicht zu beweisen ist, in sie hineinwachsen, müssen schon einen starken Zusammenhalt besitzen. Indem wir von den Fig. 3, 3a und 9 ausgehen, stellen wir uns vor, daß aus irgend welchen Ursachen, vielleicht einer Schwächung des Bindegewebes, das im Zeichen einer Degeneration bzw. malignen Umwandlung befindliche Epithel zu regerem Wachstum ungehemmt einsetzt, seinen Einzelelementen, den einzelnen Epithelien aber keine Selbständigkeit einräumt. Das ist der Charakter des Grissonschen Falles, welcher ihn zu einem Unikum stempelt, daß die riesenhafte krebsige Wucherung die histologische und klinische Eigenschaft durchgängig bewahrt hat, welche bei umschriebenen Hautkrebsen gleicher Form nur über eine kleine Spanne Zeit vorhält.

Es muß hier aber hinzugefügt werden, daß bei einer hochgradigen Erweichung des Krebsgewebes, wie sie die Endstadien des Falles boten, von welcher das der Fig. 4 zugrunde liegende Stadium noch nicht viel bot, Drüsen und innere Organe auch freiblieben. Nicht nur das Wachstum per contiguitatem — in die Knochen hinein (Fig. 7) — erklärt allein solches, es muß noch eine besondere Eigenschaft der Karzinomzelle vorgelegen haben.

Wir müssen den Grissonschen Fall Unnas vegetierender Form des Hautkrebses zuordnen.

Den Wirrwarr der Krebsformen der Haut glaubte Unna auf wenige Typen zurückführen zu können. Er unterscheidet drei Hauptformen und eine Nebenform: 1. die vegetierende, 2. die walzige, 3. die alveoläre. Das Gemeinsame ist, daß sie die natürliche Struktur der Haut aufheben, indem die eindringenden Epithelien sich neue Bahnen schaffen. Ihnen steht eine vierte Form gegenüber, welche die vorhandenen Lymphbahnen be-

[1]) Um den Gang der Darstellung nicht unnötig aufzuhalten, wurde das Verhalten des Elastins in den einzelnen Präparaten nicht erwähnt. Zur Aufklärung des Falles trug es nicht bei. Es hatte merkwürdigerweise stark in seiner Färbbarkeit gelitten, war umfänglich zerstört. Schuld hieran war vielleicht das hochgradige Ödem. Als bekannt setze das Verhalten des Elastins zu dem es umwachsenden Krebsgewebe voraus.

Digitized by Google

nutzt, ohne die Gesamtstruktur zu untergraben, die Form des karzinomatösen Lymphbahninfarkts. Diese Nebenform kommt aber allein den sekundär auf die Haut übergreifenden und den metastatischen (Waldeyer) Krebsen zu.

Die vegetierenden Karzinome gehören zu den am üppigsten wachsenden und die Lymphdrüsen schnellstens infizierenden. Das zu massigen Klumpen anschwellende Epithel durchwächst regellos das Bindegewebe und konfluiert vielfach. Unna unterscheidet wieder zwei Unterformen, 1. die villöse und papilläre, 2. die grobretikuläre. Die erstere, der sog. Zottenkrebs, hat einen seiner Lieblingssitze an der Glans penis. Es liegt bei dieser Form ein Mißverhältnis vor zwischen der Üppigkeit der Epithelwucherung und der Möglichkeit, in entsprechendem Maße in die Tiefe zu steigen. An der Eichel — an ihr begann der Grissonsche Fall — ist das Mißverhältnis gegeben durch die enge Anheftung der dünnen Haut und den Widerstand der Faszie. Nach Beseitigung des Hindernisses ist das Tiefenwachstum um so schrecklicher und lebhafter, Schwellkörper (und bei anderem Sitz die Knochen, z. B. am Gesicht) werden durchwachsen. Die tiefgreifende Form des vegetierenden Krebses bezeichnet Unna als grobretikuläre, einmal im Hinblick auf die vielfachen Verschmelzungen der Epithelstränge, andererseits zum Unterschied von der einfach retikulären Form, welche Unna als Unterform seines walzigen Typus aufstellt, der zweiten Hauptform. Das Grundsätzliche bei dieser liegt in einem größeren Widerstand, welcher dem vordrängenden Epithel geboten wird, entweder in Gestalt von entzündlichen Herden im Bindegewebe oder in einer Zunahme und Verdickung dieses. Das Epithel schiebt in dünneren oder dickeren, zylindrisch gestalteten Zügen vor, oder in radiär gestellten kolbigen Auswüchsen. Das typische Beispiel für die styloide Unterform ist das Jacobsche Ulcus rodens, der gutartigste Krebs, bei welchem das Bindegewebe in großartiger Form durch narbige Umwandlung das Epithel aufhält. Die dritte Unnasche Hauptform, die alveoläre, ist durch die Nesterbildung charakterisiert, die Abschnürung von Epithelhaufen oder -herden oder Einzelzellen, ohne welche Abschnürung in anderen Organen eine Krebsdiagnose nicht anerkannt wird.

Wir wiederholen noch einmal: der nach der Unnaschen Einteilung zu den bösartigsten Hautkrebsen gehörende Grissonsche Fall verlief klinisch sehr langsam und relativ gutartig, was Drüseninfektion und Metastasenbildung anlangt.

Die Fachpathologen und wohl auch eine größere Zahl von Dermatologen haben die Unnasche Einteilung sich nicht zu eigen gemacht. Weniger die Abneigung gegen eine vielleicht zu weit getriebene Namenbildung mag dabei bestimmend gewesen sein, als die vielen Übergänge,

Digitized by Google

welche die einzelnen Formen untereinander aufweisen mögen und müssen. Ein Beispiel mag auch unser Fall sein. Wenn wir ihn zur vegetierenden Form gestellt haben, so verkörpert er schon in Fig. 4 die beiden, die papilläre und die grobretikuläre Unterform. In einzelnen Partien des Präparates könnte man ebensogut an die walzige Form denken. Wenn Fig. 3 und 3a als beginnendes Karzinom anerkannt werden sollten, würden sie mehr der walzigen Form zugeteilt werden müssen. Die Fig. 5 und 6, verschiedenen Teilen des Operationsmateriales entnommen, bieten verschiedene Bilder eines und desselben Stadiums. Es hängt eben alles davon ab, wie schnell und wie energisch das Bindegewebe überrannt und durchwuchert wird. Es wird an den verschiedenen Teilen der Körperdecke das Bindegewebe sich verschieden verhalten, vielleicht auch verschieden nach dem Alter der Haut. Die Frage ist daher berechtigt, ob die Unnaschen Formen der Architektur des Hautkrebses, mindestens innerhalb der großen Gruppen, nicht etwas in sich Wechselndes bedeuten. Unna wollte uns aber angesichts der Schwierigkeiten, vor welche der Dermohistologe gestellt ist, und welche von dem Fachpathologen nicht genügend gewürdigt werden, Orientierungsmarken geben. Als solche sind die Unnaschen Leitformen meines Erachtens noch nicht überholt, lange nicht genug anerkannt worden [1]).

Zur Fig. 4 zurückkehrend: Die an der Oberfläche gehäuften Epithelmassen zerklüften durch Eindringen der Verhornung in die Tiefe der Epithelzapfen; sie werden zu einem Blumenkohlgewächs. Durch Einreißen der Horndecke kommt es zu immer stärkerem Nässen und zu Nekrosen. Den Folgezuständen der oberflächlichen Ulzerationen ist der langsame Kräfteverfall des Patienten zuzuschreiben.

Fig. 13 gibt bei stärkerer Vergrößerung eine gutartig erscheinende Epithelpartie zwischen zwei aus der Tiefe gegen die Oberfläche sich vorschiebenden Krebshaufen. Die Epithelpartie ist an ihrer Oberfläche weitgreifender Verhornung unterlegen, sie lag überdies geborgen unter sie überragenden Epithelmassen, welche nicht mit gezeichnet sind. An ihre untere Grenze lehnt sich — eine Seltenheit in dieser Exzision — eine noch erhaltene, stark infiltrierte Kutis. Die Vollständigkeit verlangt, dieser gutartigen Epitheloasen zu gedenken, dabei nur die Frage streifend, ob es sich um des Epithels beraubte, neu epithelisierte Flächen handelt. (Die Röntgen-Behandlung hatte größere Teile der Krebswucherung zur Abstoßung gebracht, uns histologisch interessante Bilder der Röntgen-Schädigung von Krebs- und Bindegewebe beschert. An der jungen frischen Epithelüberhäutung konnten wir die Schnelligkeit des Epithelwachstums verfolgen.)

Es ist noch übrig, der im vorhergehenden kaum erwähnten Verflüssigung des Krebs-

[1]) Wir nehmen davon Abstand, neben der „formalen" Einteilung Unnas das pro und contra der Einteilungen von Darier, welcher neben der Histologie den klinischen Charakter mit zugrunde legt, von Krompecher und Beck (auf histogenetischer, nur das Epithel berücksichtigender Basis), von v. Hansemann und von Kreibich, welche beide von der Beschaffenheit des Krebsparenchyms, dem Grad der Anaplasie, ausgehen, im einzelnen zu erörtern.

Digitized by Google

epithels zu gedenken. Hyaline und keratoide Degeneration sind stark vertreten. Einzelne Epithelzapfen sind der Erweichung in einem solchen Grad verfallen, daß die kolbige Anschwellung auf den vermehrten Druck zurückgeführt werden kann. Die Verflüssigung bzw. Erweichung und Aufquellung der Epithelien, welche sich dabei abrunden, geht parallel einer reichen Leukozytenauswanderung. Die Eiterzellen dringen in die in Blasen umgewandelten Epithelien ein und geben mit dem an die Wand gepreßten Kern ein bizarres Bild. Diese Epitheldegeneration hat in Unnas und anderer Arbeiten eine ausführliche Würdigung gefunden. Die um den vermeintlichen Eiterherd gelegenen Epithelien werden konzentrisch geschichtet und lang ausgestreckt. Die ausgezerrten Protoplasmaleiber erscheinen peitschenförmig und erinnern an Bindegewebsfibrillen. Nach und nach werden diese „Fibrillen" vom Eiter abgeschält und dem zentralen Erweichungsherd einverleibt. Unna hat mit Recht darauf hingewiesen, daß gute Kollagenfärbungen nötig sind, um bei einem schnell wuchernden Krebs im Bereich solcher Erweichungsherde Kollagenreste nicht zu übersehen. Durch Verflüssigung des Kollagens — solche Kollagendegenerationen sind in den Präparaten, welche zu den Fig. 5 und 6 führten, zu sehen — kann es zu einer Vergrößerung der Erweichungsherde kommen, indem die angrenzenden Epithelien wiederum in den Bereich des sich auflösenden Kollagens geraten[1]).

Fig. 6 zeigt bei der schwachen Vergrößerung, welche auf die Platte kam, hellere abszeßartige Partien. Es handelt sich um erweichte Krebsherde. Die ganzen Zapfen sind röhrenartig ausgehöhlt.

Fig. 7 zeigt nekrotische Knochenstückchen der Symphyse. Diese schwimmen inmitten eines eitrigen, erweichten Krebsgewebes. Die Krebszellen sind die blasigen, eben erwähnten Veränderungen eingegangen. Die mangelnde Kernfärbung läßt die Frage aufwerfen, ob wir in dem erweichten Krebsgewebe noch lebensfähiges Gewebe vor uns haben. Unverständlich sonst, daß die aus dem Zusammenhang gelösten Zellen nicht zu einer Infektion der Drüsen und zu einer Metastasenbildung in anderen Organen führten, es sei denn, daß, wie schon erwähnt, die relative Gutartigkeit zu diesem Karzinom gehörte.

Die Fig. 5 und 6 zeigen das schrankenlos wuchernde Epithel. Von einem bestimmten Grundgewebe, in welches es einwächst bzw. zu welchem es ursprünglich gehörte, ist nichts mehr zu entdecken. In Fig. 5 fällt eine retikuläre Anordnung der Krebszapfen in die Augen, in Fig. 6 sind fast nur erweichte Krebszapfen zu sehen. Die stärkere Vergrößerung läßt die immer noch zusammenhängende Wucherung besser erkennen. Aber der Zylinderzellenkranz ist nicht überall mehr erhalten. Mit Schwinden des Druckes und zunehmender Quellung des Bindegewebes ist es zu einer Abflachung und Lockerung der wandständigen Epithelien gekommen.

In der Diskussion zu den Mitteilungen von Grisson und mir äußerte sich Herr Prof. Simmonds laut offiziellem Protokoll:

„Wie Sie an dem projizierten Mikrophotogramm erkennen können, war der histologische Befund an dem vor vier Jahren von mir unter-

[1]) Vgl. hierzu die Arbeiten von Friboes (Gutartige Hautepitheliome, 1912) und Ricker-Schwalb (Geschwülste der Hautdrüsen, Berlin 1914). Dorst und ich haben auf die Verflüssigung der Kollagens durch Lymphstauung hingewiesen. (Diese Zeitschrift, 1901, Dorst Dissertation, Leiden 1902.)

Digitized by Google

suchten Stück nicht von der Art, daß man ein Karzinom diagnostizieren durfte, und es freut mich zu hören, daß auch ein so erfahrener Kenner der Hautpathologie, wie Unna, damals sich in gleichem Sinne geäußert hat. Auch bei einem kürzlich veröffentlichten, dem vorliegenden stark ähnelnden Tumor lehnte Konjetzny die makroskopisch gestellte Diagnose Krebs auf Grund des histologischen Befundes ab, und Lubarsch unterstützte nachträglich diese Auffassung. In den von Herrn Delbanco jetzt vorgelegten Präparaten findet sich zweifellos krebsiges Gewebe, und ich kann daher nur annehmen, daß im Laufe der vier Jahre seit meiner ersten Untersuchung sich eine maligne Umwandlung des Tumors vollzogen hat. Auffallend bleibt es ja immer, daß ein Karzinom von dieser enormen Ausdehnung nach fünfjähriger Dauer keine Metastasen, vor allem auch keine Drüsenmetastasen, veranlaßt hat. Das unterstützt gewiß die Annahme einer eigenartigen, ursprünglich nicht krebsigen Neubildung."

Herrn Prof. Simmonds verdanke ich das Präparat des Konjetznyschen Falles, dessen photographische Wiedergabe[1]) (Fig. 8) Herr Privatdozent Konjetzny freundlichst gestattet hat. Sie deckt sich mit dem Photogramm in der Arbeit des Autors über einen ungewöhnlichen Penistumor (M. Kl., 1914, Nr. 28). In die vorliegende Arbeit wurde das Präparat aufgenommen, um das von unserem Fall abweichende Bild festzuhalten.

Konjetzny nimmt einen primären elefantiastischen Prozeß des Penis an und eine sekundäre atypische Epithelwucherung. Die mikroskopische Untersuchung ergab:

„Der erwähnte breite markige, zum Teil papilläre bis blättrige Randsaum stellt eine atypische Epithelwucherung dar, welche alle Zeichen ausgereifter Epidermisbildung aufweist. Diese atypische Wucherung zeigt nirgends ein destruierendes Wachstum und liegt in ihren basalen Abschnitten fast überall in dem gleichen Niveau. Es entspricht das histologische Bild dieser Epithelwucherung im großen und ganzen dem, welches wir bei exzessiven Condylomata acuminata zu sehen gewohnt sind. Der bindegewebige Grundstock, der die Hauptmasse des Tumors ausmacht, zeigt ganz das Bild, wie wir es bei elefantiastischen Zuständen kennen. Das Bindegewebe ist im ganzen zellarm. Die kollagenen Fasern sind verdickt und durchflechten sich ziemlich regellos. Hier und da ist ein zellreiches Granulationsgewebe mit massenhaft Plasmazellen vorhanden. Auch das Verhalten der elastischen Fasern entspricht ganz dem, was wir sonst bei Elefantiasis sehen; sie sind auffallend ver-

[1]) Sämtliche Photogramme dieser Arbeit wurden im Hamburger Zeißschen Institut mit der gütigen Unterstützung des Herrn Martini aufgenommen, welchem ich herzlichst danke. Aus technischen Gründen mußten die Originalaufnahmen auf die Hälfte verkleinert werden. Die Zeichnungen verdanke ich Fräulein Sikora.

Digitized by Google

dickt, sehr stark vermehrt und liegen oft unregelmäßig geformt in großen Konvoluten zusammen.

Die 1911 in der Dermatologischen Klinik gemachte Probeexzision, sowie der damals exzidierte Skrotaltumor zeigen ganz dieselbe histologische Beschaffenheit, wie wir sie eben beschrieben haben, nur zeichnet sich der bindegewebige Grundstock an diesen Präparaten durch ein im allgemeinen zellreiches Granulationsgewebe aus. Die nachträglich exstirpierten Inguinaldrüsen erwiesen sich mikroskopisch als einfach entzündlich hyperplastisch."

Zu Beginn meiner histologischen Ausführungen brachte ich die Genese und das Bild (Fig. 2) des spitzen Kondyloms. Es erübrigt sich, meinen Widerspruch gegenüber Konjetzny und Lubarsch in der Deutung des Falles als Ausdruckes „exzessiver Condylomata acuminata" zu begründen.

Konjetzny spricht von einer atypischen Epithelwucherung, welche alle Zeichen ausgereifter Epidermisbildung aufweist, aber nirgends ein destruierendes Wachstum aufweist und in ihren basalen Abschnitten fast überall in dem gleichen Niveau liegt.

Eine alle Zeichen ausgereifter Epidermisbildung aufweisende atypische Epithelwucherung bleibt mir ein unklarer Begriff. — Unter destruierendem Wachstum versteht Konjetzny wohl wie Ricker und Schwalb ein Wachstum in Muskulatur und Knochen. Ricker und Schwalb erkennen den Karzinomcharakter einer Geschwulst der Haut nur dann als einwandfrei an, wenn das Wachstum den erwähnten Umfang angenommen hat oder dann, wenn sich Tochtergeschwülste gebildet haben. Beides trifft, wie auch aus vorherstehendem erhellt, für die Haut nicht zu. — Bemerkenswert bleibt in dem Konjetznyschen Fall, daß die Epithelwucherung „in ihren basalen Abschnitten überall in dem gleichen Niveau liegt". Das gleiche war mir in meinen Präparaten (Fig. 3 und 3a) aufgefallen. Aber bei diesen konnte die Entscheidung weit schwieriger sein als in dem Konjetznyschen Präparat, welches für mich — das gleiche darf ich von Prof. Unna berichten — ein zweifelloses Karzinom ist.

Für mich ist der Fall von Konjetzny ein typisches papilläres keratoides Karzinom, charakterisiert durch atypisches Epithelwachstum, Epitheldegeneration, Plasmom um das wuchernde Karzinom. Diese Momente entscheiden die Diagnose.

Der Zusammenhang der atypischen Epithelwucherung, deren Vorrücken von einer dichten Plasmazellenschale begleitet wird, mag ihre klinische Gutartigkeit histologisch verständlich machen. Diese gibt der Geschwulst angesichts der räumlichen und zeitlichen Ausdehnung ihre Sonderstellung. Des gleichmäßigen Vordringens der Epithelwucherung sei noch einmal gedacht.

Digitized by Google

Konjetzny bleibt das Verdienst, als erster über eine höchst interessante, sicherlich seltene und zu neuen Ausblicken führende Krebswucherung der Genitalgegend berichtet zu haben. Seiner Beobachtung schließt sich die unsere mit ihren histologischen Eigenheiten an.

Wünschenswert erscheint mir, daß auf dem Gebiet der Diagnostik der krebsigen Entartung der Haut die Histologen zu größerer Einigkeit gelangen.

In dem von Grisson und mir beobachteten Falle ist das besondere das ungewöhnlich lange Erhaltenbleiben des Stadiums der Akanthose. Ich würde denselben am liebsten der Gruppe der präkankerösen Dermatosen (Darier) einreihen. Unna spricht in seiner Histopathologie von wohlbekannten Dermatosen, aus deren Symptomen mit Notwendigkeit ein Karzinom sich entwickelt. Bei diesen geht ein langes, anscheinend gutartiges Stadium von bestimmtem histologischem Charakter dem Krebs voraus. Unna zählt zu ihnen die Seemannshaut, das Xeroderma pigmentosum, die Pagetsche Erkrankung der Brustwarze.

Darier faßt den Begriff der präkankerösen Affektionen weiter, wohl zu weit, wenn er die Leukoplakie, die verruköse Arsenkeratose u. a. hinzunimmt.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über einige Grundfragen bei der Behandlung der Syphilis, von A. Blaschko. (B. kl. W., 1914, Nr. 12.) Verfasser bespricht zunächst die Vorteile des Salvarsans und auch seine Nachteile. Auf Grund seiner Erfahrungen warnt er vor der Anwendung zu großer Dosen, aber auch zu großer Quecksilberdosen. Die Wassermannsche Reaktion hat unsere Behandlungsmethodik von Grund auf neue Bahnen gewiesen. Allein auf diese Reaktion soll man aber eine Syphilistheorie nicht gründen. Für die quantitative Messung der Reaktion ist das Verfahren von Fritz Lesser das Beste. Die Untersuchung der Spinalflüssigkeit kann nur in einem Krankenhaus vorgenommen werden. Da die Paralyse am häufigsten im 11. bis 15. Jahre nach der Infektion, die Tabes oft noch später auftritt, da wir mit dem Wassermann erst seit sechs Jahren arbeiten, werden wir also in fünf bis acht Jahren frühestens wissen, welche Bedeutung die Wassermann-Reaktion für den definitiven Verlauf der Syphilis hat. Und um über den Wert des Salvarsans ein endgültiges Urteil abzugeben, werden wir uns noch mindestens zehn Jahre lang gedulden müssen. G. Heymann-Elbing.

Syphilisprophylaxe mit der Chininsalbe, von Schereschewsky-Paris. (D. m. W., 1913, Nr. 27.) Verfasser empfiehlt die 40%ige Chininsalbe, die er schon früher empfohlen, und nach deren Einreibung drei Minuten nach der Inokulation von Syphilismaterial in 30 Versuchen am Affen der Impfschanker verhütet worden war. Besonders soll sie einer Weiterprüfung bei der Prostitution und Marine unterzogen werden.

Junghanns-Dresden.

Digitized by Google

Über den Einfluß der modernen Syphilisforschung auf die Syphilisbehandlung in Badeorten, von Touton-Wiesbaden. (Ärztl. Festschr. z. Eröffn. des städt. Kaiser Friedrich-Bades in Wiesbaden 1913.) Die Vorzüge der Syphilisbehandlung an Badeorten bestehen im wesentlichen in der Möglichkeit einer bequemeren und energischeren Durchführung der Inunktionskur. Da heute die Kombinationstherapie mit Salvarsan und Quecksilber als die bewährteste Behandlung der Lues angesehen wird, sind die Vorzüge der Behandlung an Badeorten durch die moderne Syphilisforschung zwar etwas in den Hintergrund gedrängt, aber keineswegs in Frage gestellt worden. Verfasser hält eine lege artis durchgeführte Inunktionskur für eine sehr wirksame Syphilistherapie. Die Wirkung der Heilquellen besteht im wesentlichen in einer Anregung des Stoffwechsels. Man soll, wenn man eine recht anhaltende Quecksilberdauerwirkung erzielen will, möglichst lange neues Quecksilber regelmäßig zuführen, die Ausscheidung des alten aber im Gange halten. Auch zur rascheren Ausscheidung des Salvarsans und zur Vermeidung der Bildung schädlicher Arsenverbindungen ist die Stoffwechselbeschleunigung durch Bade- und Trinkkuren besonders chlornatriumhaltiger Wasser rationell. In zweiter Linie wirken die Trink-, Bade- und Schwitzprozeduren an Badeorten sowie die klimatischen Faktoren mobilisierend auf Herde mit geringen Stoffwechselbeziehungen. Die in Wiesbaden übliche Behandlung besteht in einer sechswöchentlichen Inunktionskur mit steigenden Dosen von 3,0—6,0 Resorbinquecksilber pro die und drei intravenösen Neosalvarsaninfusionen ebenfalls in steigender Dosierung von 0,6 — 0,75 — 0,9, von denen die erste nach 8—10 vorausgegangenen Inunktionen, die folgenden in ca. 8—10tägigen Intervallen vorzunehmen sind. Je nach Geschlecht, Alter und Individualität muß natürlich variiert werden. Durch diese Kombinationskuren, bei denen man die Dosen der beiden Mittel erheblich niedriger halten kann als bei Behandlung mit einem Mittel, addieren oder potenzieren sich die gewünschten günstigen abtötenden Wirkungen auf das syphilitische Virus, während etwaige unangenehme Nebenwirkungen halbiert werden oder ganz wegfallen. Valentiner-Leipzig.

Wichtigkeit der Dosen und der Anwendungsweise der Medikamente bei Syphilis, von L. Brocq. (Bull. méd., 1914, Nr. 27.) In längerer Erörterung führt Verfasser aus, daß es bei der Quecksilbertherapie der Syphilis nicht bloß auf die Menge des eingeführten Quecksilbers ankommt; es müssen noch andere Momente (Absorption usw.) berücksichtigt werden. Deshalb ist auch das graue Öl nicht das wirksamste Quecksilberpräparat, obwohl es das meiste Hg enthält. Andere Präparate (Kalomel, Zyanquecksilber usw.) sind viel zuverlässiger. R. Frühwald-Leipzig.

Die Fortschritte der Syphilisbehandlung, von E. Lesser. (B. kl. W., 1914, Nr. 11.) Die Fortschritte der Diagnostik durch die Entdeckung der Spirochaeta pallida und der Wassermannschen Reaktion ermöglichen eine frühere und daher wirkungsvollere Behandlung. Wir dürfen hoffen, in frischen Fällen öfter, als es früher möglich war, die Syphilis kupieren zu können. Die Entdeckung des Salvarsans hat uns eine weitere Möglichkeit gegeben, kräftig zu behandeln und uns in der Hoffnung bestärkt, durch eine kräftigere Behandlung mehr zu erreichen, als das bisher möglich war. Die Wassermannsche Reaktion gewährt uns einen wichtigen, wenn auch, soweit wir dies bis jetzt übersehen können, Verfassers Ansicht nach wohl nicht allein und an und für sich ausschlaggebenden Faktor für die Einrichtung unseres therapeutischen Vorgehens. Die Wassermannsche Reaktion ist ferner von der größten Bedeutung für die Beurteilung des Heilerfolges. G. Heymann-Elbing.

Die Fortschritte der Syphilistherapie, von Julius Citron. (B. kl. W., 1914, Nr. 13.) Wir haben in der kombinierten Behandlung eine mächtige Waffe gegen die Syphilis gefunden, eine Waffe, die gegenüber den ältesten und schwersten Fällen von

Digitized by Google

Syphilis Erfolge erzielen kann, insbesondere auch bei Tabes. Bei Tabes, wo früher überhaupt nicht an die Möglichkeit einer Besserung geglaubt wurde, hat Verfasser ganz bestimmt Besserungen insbesondere hinsichtlich der gastrischen Krisen gesehen. Die Furcht vor dem Salvarsan ist nicht berechtigt. Wer Furcht haben will, soll Furcht vor der Syphilis haben. G. Heymann-Elbing.

Über die Fortschritte in der Behandlung der Syphilis, von Fr. Bering. (B. kl. W., 1913, Nr. 34.) In diagnostischer Beziehung hat uns die Wassermannsche Reaktion aufgeklärt über die große Verbreitung der Lues, und die Lumbalpunktion über die frühzeitige Beteiligung des Zentralnervensystems an der Erkrankung. In dem Salvarsan hat uns Ehrlich ein Antisyphilitikum gegeben, das sich in unübertrefflicher Weise zur Abortivbehandlung der primären Lues eignet. Bei der latenten Lues kommen wir ohne Hg nicht zum Ziele, Verfasser sieht in dem Kalomel das beste Präparat. Als die wichtigste Entdeckung ist aber die der Spirochäten anzusehen. Dadurch ist es möglich, durch rechtzeitige Abortivbehandlung einer syphilitischen Allgemeininfektion vorzubeugen. Diese Abortivbehandlung stellt das zu erstrebende Ideal in der Luesbehandlung dar. G. Heymann-Elbing.

Die Fortschritte der Syphilistherapie, von Jul. Citron. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 7.) Kritisches Referat zur Syphilisdebatte in der Berl. m. Ges. am 4. und 11. März 1914. Die vier Referenten (Lesser, Wechselmann, Blaschko und Citron) stimmen darin überein, daß die Wassermannsche Reaktion eines der wichtigsten Zeichen aktiver Lues sei und Berücksichtigung für die Therapie verdiene, ferner daß das Salvarsan ein relativ ungefährliches und trotzdem außerordentlich wirksames Heilmittel der Syphilis ist. Sie unterscheiden sich voneinander darin, daß Wechselmann jede Quecksilbertherapie ablehnt, weil sie eine Gefahr für die spätere Salvarsantherapie berge, während Lesser, Blaschko und Citron der kombinierten Behandlung den Vorzug geben. Für die Frühsyphilis ist die Anwendung kleiner Salvarsandosen bei 0,3, allenfalls 0,4 beim erwachsenen Manne vorteilhaft, bei der Spätsyphilis dagegen nach Citron die Anwendung größerer Dosen bis 0,6. Als Maßstab der Behandlung nehmen Blaschko und Lesser in erster Reihe die klinischen Symptome, letzterer freilich unter Zugrundelegung des Fournierschen Schemas der chronisch-intermittierenden Behandlung im „Intervall", während Wechselmann und Citron darin übereinstimmen, daß die biologische Reaktion der Maßstab sein müsse. Lesser, Blaschko und Citron stimmen darin überein, daß die Quecksilbertherapie stärker sein müßte als sie früher angewandt wurde. Lesser und Blaschko empfehlen Kalomelinjektionen, Citron protrahierte Schmierkur. Alle Redner betonen die Wichtigkeit der Frühbehandlung und erwähnen die Möglichkeit, selbst bei der Tabes Besserungen zu erzielen. Aus der anschließenden Diskussion ist beachtenswert, daß die Syphilistherapeuten mit der größten Erfahrung und dem größten klinischen Material am wenigsten Salvarsanschädigungen oder -todesfälle beobachtet haben. Haas-Hamburg.

Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie, von Walter Pick-Prag. (M. Kl., 1913, Nr. 23.) Zunächst nennt der Verfasser diejenigen Momente, auf denen unsere jetzige Kenntnis der Syphilis beruht, die in den letzten Dezennien große Erweiterung erfahren hat: die Möglichkeit, die Syphilis auf Tiere zu überimpfen, die Entdeckung der Spirochaeta pallida und endlich die Wassermannsche Reaktion. Die Bedeutung der letzteren gibt Pick bei positivem Ausfalle zu, meint aber, daß derselbe nicht beweist, daß ein eventuell nach Jahren der Latenz noch bestehender Krankheitsherd nicht auch dauernd latent bleiben kann, oder daß er unserer Therapie zugänglich ist. Er verfügt über die Beobachtungen von drei jetzt über 60 Jahre alten Patienten, deren Infektion 35, resp. 37, resp. 42 Jahre zurückliegt, und die bei völliger Gesundheit, gesunden Kin-

Digitized by Google

dern und Enkeln doch wiederholt noch positive WR zeigten. In ähnlichen Fällen bei vorausgegangener genügender Behandlung empfiehlt Pick eine Probekur zu machen; ändert diese die Reaktion, so muß man eventuell weiter behandeln; geschieht das nicht, so soll man den sonst sich gesund fühlenden Patienten nicht nervös und ängstlich machen durch immer neu eingeleitete Kuren. Bei der Besprechung des Salvarsans spricht Pick von einem „Soll und Haben"-Konto; auf dem Passivkonto stehen erstens die Neurorezidive, die er als Monorezidive syphilitischer Natur auffaßt, und zweitens die Todesfälle, die zumeist Folgen einer Encephalitis haemorrhagica sind und, wie er betont, von vornherein unberechenbar sind. Dagegen kann man sich schützen durch eine genaue Untersuchung der Patienten und Ausscheidung ungeeigneter Fälle, eventuell probeweise Infusion ganz kleiner Dosen, ferner durch kleine Dosen und große Intervalle, besonders aber durch vorausgeschickte Quecksilberkuren. Demgegenüber stehen auf dem Aktivkonto des Salvarsans: die prompte Beeinflussung der allermeisten Erscheinungen der Syphilis, die Möglichkeit Hg refraktäre Fälle zu behandeln, und die Möglichkeit von Abortivkuren. In bezug auf die Technik, Dosierung usw. bringt der Verfasser nichts Neues, er betont zum Schluß, daß durch das Salvarsan die Rezidive viel seltener geworden seien, und daß das für die allgemeine Praxis von unendlicher Bedeutung ist. Lasch-Breslau.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über Geschlechtskrankheiten im Felde und deren Verhütung, von E. Lesser. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 23.) Während Neisser die Frage, ob es möglich ist, bei im Felde stehenden Soldaten die Behandlung der Geschlechtskrankheit durchzuführen, bejaht, hält L. es für die einzig richtige Maßnahme die geschlechtskranken Soldaten zur Lazarettbehandlung zurückzuschicken. Unter Würdigung aller Bedenken, die der Empfehlung eines besonderen Prophylaktikums entgegenstehen, hält L. es doch für wichtig im Kriege, wo es auf jeden Mann ankommt, den Soldaten den Gebrauch des Kondoms zu empfehlen und ihnen die Beschaffung z. B. beim Lazarettgehilfen zu ermöglichen. In bezug auf allgemeine Prophylaxe empfiehlt er möglichst strenge Unterdrückung der Provokation durch die Prostituierten und möglichst streng durchgeführte ärztliche Überwachung des Prostituierten. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Der Urologe Prof. Josef Englisch, gewesener Primararzt der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Rudolfstiftung in Wien, feierte am 11. Januar den 80. Geburtstag.

Auf Kriegsdauer wurden ernannt die Privatdozenten Dr. Leopold Freund, Dr. Siegfried Grosz und Dr. Otto Sachs in Wien zu Stabsärzten, Prof. Ludwig Merk in Innsbruck zum Oberstabsarzte I. Klasse.

Prof. Eduard Jacobi, Direktor der dermatologischen Klinik in Freiburg i. B., ist infolge einer Erkrankung im Operationsgebiete gestorben.

Dr. Charles Wood McMurtry, Instructor für Dermatologie am College of Physicians and Surgeons und dermatologischer Assistent des Vanderbilt Clinic und St. Luke's Hospital in New York, ist am 26. November nach einer Appendizitisoperation im Alter von 42 Jahren gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

30. Januar 1915 | Nr. 5 | Band 60

Aus dem Institut für Hygiene der Kgl. Universität Turin
(Vorstand: Prof. Luigi Pagliani).

Experimenteller Beitrag zur Ätiologie der Pellagra.

Von

Dr. Karl Rühl.

Während sich eine Reihe von Autoren bemühten, die Lücken auszufüllen, die der alten Lehre Lombrosos über die Ätiologie der Pellagra innewohnen und die Sambonsche und die Tizzonische Theorie vergebens auf die gewünschten Bestätigungen warteten, sind auf dem Gebiete der Ätiologie der Pellagra einige neue Hypothesen oder Lehren aufgestellt worden.

Die Tatsache, daß die pellagrösen Hauterscheinungen fast ausschließlich die dem Lichte ausgesetzten Körperteile befallen und daß nicht nur die Hautmanifestationen der Pellagra, sondern auch die Exazerbierungen der psychischen Symptome während der Frühjahrs- und Sommermonate auftreten, zu welcher Zeit die Bevölkerung der Pellagragegenden lange Stunden im Freien unter den Sonnenstrahlen arbeitet, legte den Gedanken eines möglichen kausalen Zusammenhanges zwischen Sonnenlicht, Maisnahrung und Pellagra nahe.

Aschoff hat bereits 1908 der Annahme Ausdruck gegeben, daß der verdorbene Mais ein Gift enthalte, das die Haut gegen die Sonnenstrahlen sensibilisiere. Jedoch wurde die Hypothese, daß die Pathogenese der Pellagra in einer wahren und echten photodynamischen Reaktion im Sinne von v. Tappeiner zu suchen sei, etwas später und zwar fast zu gleicher Zeit und unabhängig voneinander von Raubitschek, Lode und Horbaczewski aufgestellt und zwar auf Grund von experimentellen Untersuchungen, auf die ich hier etwas näher eingehen will.

Raubitschek experimentierte zuerst mit Kaninchen und Meerschweinchen und später, in Anbetracht des Umstandes, daß bei Herbivoren der Einfluß einer ausschließlichen Maisdiät weniger deutlich zutage treten mußte, mit gewöhnlichen und mit weißen Mäusen. Die Tiere wurden zum Teil im Sonnenlichte, zum Teil im Dunkeln gehalten, und zum Teil ausschließlich mit Mais, zum Teil mit gemischter Kost (ohne Mais) gefüttert. Er beobachtete, daß die ausschließliche Ernährung mit Mais, und zwar

Digitized by Google

sowohl mit verdorbenem wie mit gesundem, an und für sich keinen schädlichen Einfluß ausübt, während eine schädliche Wirkung zutage tritt, wenn neben der Maiskost das Sonnenlicht ins Feld tritt. Die im Dunkeln gehaltenen Maistiere blieben ebenso wie die am Sonnenlichte gehaltenen dunkeln Mäuse völlig gesund, während die weißen Mäuse unter dem Einfluß der Maisdiät und des Sonnenlichtes eine Reihe von Krankheitserscheinungen (Abmagerung, bald Stupor, bald Überreizbarkeit, lähmungsartige Schwäche der hinteren Extremitäten, Hyperämie des Maules und der Ohren, nicht sehr starker Ausfall der Haare am Kopfe und am Rücken) aufwiesen und nach 8—21 Tagen, oft unter krampfartigen Erscheinungen, zugrunde gingen. Die Tiere, bei denen sich der beschriebene Krankheitszustand bereits entwickelt hatte, konnten meistens, selbst wenn fortgefahren wurde, sie bei ausschließlicher Maiskost zu halten, vor dem Tode dadurch gerettet werden, daß sie ins Dunkle gebracht und darin gelassen wurden, während der Exitus nur eine Verzögerung erfuhr, wenn die Maisdiät durch gewöhnliche gemischte Kost ersetzt wurde, ohne die Lichtverhältnisse abzuändern. Raubitschek schloß daraus, daß sich unter der gleichzeitigen Einwirkung der Maiskost und des Sonnenlichtes ein nicht nur für die Haut, sondern für den ganzen Organismus schädliches Quid entwickle und daß der Mais photodynamische aktive Stoffe enthalte. Er glaubt ferner, daß diese Stoffe alkohollöslich seien, weil er beobachtete, daß der mit Alkohol extrahierte Mais die schädliche Wirkung nicht besitzt und daß der alkoholische Extrakt aus Mais unter gleichen Verhältnissen ähnliche Symptome hervorruft wie die exklusive Maisdiät.

Horbaczewski führte ähnliche Versuche wie Raubitschek aus und beobachtete, daß die ausschließlich mit Milch und Polenta gefütterten weißen Mäuse erkrankten und starben, während die bei derselben Kost gehaltenen dunkeln Mäuse keine Krankheitserscheinungen aufwiesen. Bei ersteren traten folgende Hautmanifestationen auf: ekzematöse Entzündung der Haut der vorderen Körperteile und der Schwanzspitze; intensive Konjunktivitis; die befallenen Hautzonen wurden kahl; die Ohren erfuhren eine Art Mumifikation; die Hauterscheinungen begannen mit starkem Juckreiz. Später traten auch nervöse Erscheinungen auf und zwar: anfallweise Zuckungen, Steigerung der reflexen Erregbarkeit, zuweilen Lähmungssymptome, Parese der Hinterextremitäten, Paralyse des Detrusor vesicae.

Wurde an Stelle des gewöhnlichen Maises mit Alkohol extrahierter Mais verfüttert, so kam der Krankheitsprozeß zum Stillstand, die Tiere starben nicht, und an einzelnen kahlen Stellen wuchsen wieder die Haare. Bei den weißen Tieren, denen Weizenkleie, Milch und ein alkoholischer Maisextrakt oder eine Lösung von Maispigment in Olivenöl verfüttert

Digitized by Google

wurde, traten ähnliche oder identische Erscheinungen auf wie die oben beschriebenen.

Horbaczewski ist der Ansicht, daß das im Mais enthaltene Gift nicht nur photodynamisch wirke, weil es z. B. hypodermatisch eingeführt auch bei dunkeln Tieren lokale Entzündungserscheinungen hervorruft, und daß neben dem alkohollöslichen vielleicht auch noch andere toxische Stoffe eine Rolle spielen. Das reine Maispigment rief bei den Tieren, denen es per os, hypodermatisch oder durch Einreibungen einverleibt wurde, nur geringe kutane Erscheinungen hervor.

Umnus hat ebenfalls mit weißen und dunkeln Mäusen experimentiert. Da der gelbe Mais eine große Menge Fett enthält und zwar zum größten Teil im Keim, hat Umnus, um die Möglichkeit auszuschließen, daß die pellagrogene Wirkung des Maises eventuell durch die Einwirkung eines stark toxischen Öles bedingt sei, auch Versuche mit entkeimtem, also des größten Teiles seines Fettes beraubtem Mais ausgeführt. Auch er beobachtete, daß die ausschließliche Fütterung mit gelbem Mais (in Form von Polenta) nur am Lichte schädlich war, während die im Dunkeln gehaltenen Tiere unbeschädigt blieben, und daß die bereits erkrankten Tiere heilten, wenn sie, unter Fortsetzung der Maisdiät, ins Dunkle gebracht wurden, während sie in der Mehrzahl der Fälle zugrunde gingen, wenn sie am Lichte gelassen und die Maiskost durch eine gemischte Kost ohne Mais ersetzt wurde. Die Versuche mit weißem Mais ergaben dieselben Resultate mit dem Unterschiede, daß keine Hauterscheinungen auftraten. Umnus hält das von ihm bei seinen Tieren beobachtete Krankheitsbild für identisch mit demjenigen der menschlichen Pellagra, ist aber der Ansicht, daß der hauptsächliche pellagrogene Faktor in einer Intoxikation zu suchen ist und daß das fluoreszierende Maispigment als Ursache des pellagrösen Erythems wirkt; das Sonnenlicht soll nur insofern einen Einfluß ausüben, als es die Giftigkeit des Maises auf den höchsten Grad steigert. Er kann infolge der kurzen Dauer seiner Experimente nicht die Möglichkeit ausschließen, daß auch die im Dunkeln gehaltenen Maistiere gestorben wären. Er führt als Argument gegen die ausschließlich photodynamische Ätiologie der Pellagra die Tatsache ins Feld, daß fast alle Pflanzen das fluoreszierende Chlorophyll enthalten, ohne daß die Menschen und die Tiere, die sich mit grünen Pflanzenteilen nähren, dadurch geschädigt werden [1]).

[1]) Dagegen könnte man jedoch, abgesehen von verschiedenen anderen Betrachtungen, einwenden, daß die photodynamische Wirkung je nach der Art der bei der Fluoreszenz absorbierten und der ausgeschickten Strahlen eine verschiedene sein kann, daß die Organismen, die sich naturgemäß mit chlorophyllhaltigen Stoffen nähren, mit besonderen Schutzmitteln gegen die photodynamische Wirkung versehen sein können und daß es nicht nachgewiesen ist, daß alle einverleibten fluoreszierenden Stoffe mit unveränderter Fluoreszenz ins Blut übergehen.

Digitized by Google

Lode beobachtete, daß die ausschließlich mit Mais gefütterten und am Sonnenlichte gehaltenen Meerschweinchen nach zwei Wochen kahl wurden und eine Gewichtsabnahme zeigten, daß aber auch der Bauch, der nicht der Wirkung des Lichtes ausgesetzt war, das Haar verlor, und daß auch die ausschließlich mit Reis gefütterten Tiere ähnliche Veränderungen aufwiesen.

Bemerkenswert ist auch die von Hausmann gemachte Beobachtung, daß die Ohren der mit Mais gefütterten Kaninchen viel stärker auf die Strahlen der Finsenschen Lampe reagieren, als die der bei gewöhnlichem Futter gehaltenen Kaninchen.

Sormani, der die Versuche Raubitscheks wiederholte und dazu guten gesunden Mais, aus diesem gewonnenes Liprochrom und alten schimmeligen Mais benutzte, kam zu der Schlußfolgerung, daß gesunder Mais sowohl im Dunkeln wie am Lichte nur eine geringe Gewichtsabnahme verursacht und daß verdorbener Mais krankheitserregend wirkt und schließlich zum Tode führt, wobei die am Lichte gehaltenen Tiere etwas intensiver und rascher reagieren.

Rondoni, der mit weißen Mäusen arbeitete, spricht sich gegen die photodynamische Lehre aus und schließt aus seinen Versuchen, daß die Maisdiät, selbst wenn gesunder Mais in reichlichem Quantum verfüttert wird, für weiße Mäuse schädlich ist, vielleicht infolge einer besonderen Empfindlichkeit dieser Tiere gegen dieses Futter, und daß auch das Sonnenlicht an und für sich, d. h. unabhängig von der Art der Ernährung, einen schädlichen Einfluß auf die Vitalität der weißen Mäuse ausübt.

Centanni und Galassi haben mit Meerschweinchen und weißen Mäusen experimentiert und kommen zu der Schlußfolgerung, daß bei der Maisdiät der wirklich verhängnisvolle Faktor in der einseitigen Kost zu suchen ist und daß die photodynamischen Erscheinungen nur eine Nebenrolle spielen.

Audenino, der zwar nur mit zwei Kaninchen und zwei weißen Mäusen experimentierte, konnte Raubitscheks Ansicht nicht bestätigen.

Funk hat bei seinen Tauben, die mit rohem oder gekochtem Mais im Lichte gehalten wurden, niemals eine schädliche Wirkung gesehen. Lavinder konnte überhaupt die Lichtwirkung nicht bestätigen. Hausmann hebt hervor, daß die Hautläsionen in der Zeit, wo die Sonne am intensivsten wirkt, in der Regel schwächer auftreten. Wellmann und Sparks berichten über Winterfälle von Pellagra, die ohne merkliche Belichtung entstanden sind. Nutter berichtet über Fälle von Pellagra bei Negern. Hirschfelder konnte im Blutserum der Pellagrösen keine fluoreszierenden Stoffe nachweisen.

Funk betrachtet die Pellagra als eine durch Mangel an Vitaminen

Digitized by Google

in der Nahrung bedingte Krankheit. Die Nahrungsmittel enthalten neben den Eiweißstoffen, Kohlehydraten, Fetten, Purinkörpern, Lipoiden und Salzen besondere sehr wichtige, bisher unbekannte Substanzen, d. h. die Vitamine, deren Fehlen in der Nahrung, selbst wenn diese in sonstiger Beziehung sehr stoffhaltig und nahrhaft ist, die Entwicklung besonderer Krankheiten hervorruft, die FUNK als Avitaminosen bezeichnet, und die, wenn sie nicht behandelt werden, zum Exitus führen. Die Vitamine sind kristallinische, stickstoffhaltige Stoffe von sehr komplizierter Zusammensetzung und gehören chemisch einer noch unbekannten Gruppe an: abgesehen von ihrer biologischen Bedeutung, indem ihr Vorhandensein in der Nahrung notwendig ist, sind sie pharmakodynamisch indifferent und könnten in jedem Quantum ohne Schaden einverleibt werden.

Die charakteristischen Symptome, die bei den Avitaminosen auftreten, kann man in folgende Gruppen einteilen: 1. Der Symptomenkomplex der Nervendegenereszenz mit Lähmungen und Kontrakturen. 2. Der Herzsymptomenkomplex mit Erweiterung des rechten Herzens, Dyspnoe, Zyanose und Oligurie. 3. Anasarka, Hydroperikard, Hydrothorax, Aszites. Diese drei Symptomengruppen sind dem Beriberi eigen. 4. Das für Skorbut charakteristische klinische Bild mit Anschwellung des Zahnfleisches, subkutanen und subperiostealen Blutungen und typischen Knochenläsionen. Dieses Bild entspricht auch dem infantilen Skorbut. 5. Der pellagröse Symptomenkomplex mit Stomatitis, Magendarmläsionen, typischem Hauterythem und Erscheinungen von seiten des Nervensystems. Nicht selten vermischen sich die Symptomenkomplexe miteinander, und es entstehen gemischte Krankheitsbilder mit verschiedenartigen Vereinigungen von Symptomen des Beriberi, des Skorbuts und der Pellagra.

Die Vitamine befinden sich in den frischen keimenden grünen Pflanzen, in den saftigen Früchten, im frischen Gemüse, in den Kartoffeln, in den Zerealien, in der rohen Milch, dem Eigelbe, dem Fleische, dem Gehirne und in anderen tierischen Geweben.

Die Vitamine gehen verloren, 1. wenn man die peripheren Schichten der Getreidesamen mechanisch entfernt (was besonders für den Reis, den Mais, den Weizen und den Roggen wichtig ist); 2. infolge übermäßigen Kochens oder dadurch bewirkten Extrahierung; 3. durch übermäßiges Erhitzen (was besonders für die Milch wichtig ist); 4. infolge von Austrocknung.

Was den Mais (und den Reis und den Weizen) anbelangt, so befindet sich an der Oberfläche des Kornes die Haut und unmittelbar unter dieser die Aleuronzellenschicht, die reich an Proteinstoffen, an Fett und an Salzen ist und in der die Vitamine ihren Sitz haben; das Innere des Kornes, d. h. das Endosperma, enthält keine Vitamine; am Hilus des

Digitized by Google

Maiskornes befindet sich der Keim, der wieder reich an Proteinstoffen, Fett und Salzen ist.

Die frische Bierhefe und ihre Extrakte und der Lebertran sind reich an Vitaminen.

Um die Entstehung der Pellagra zu vermeiden, soll man neben dem Mais andere an Vitaminen reiche Nahrungsmittel (Kartoffeln, Obst, Gemüse, Fleisch) genießen; der Mais soll in toto gemahlen werden, um den Verlust der vitaminhaltigen Teile zu vermeiden. Funk gibt zu, daß die Pellagra, obwohl sie eine Krankheit der armen Volksschichten ist, die unter vielen Entbehrungen leben (für Amerika 80%), auch unter wohlhabenden Leuten vorkommt und erklärt diese Fälle, indem er sagt, daß wenn man große Mengen geschälten Maises genießt, der gleichzeitige Genuß anderer an Vitaminen reicher Nährmittel (Kartoffeln, Obst, Milch, Butter usw.) nicht genügt, um das Vitamindefizit zu decken.

Eine dritte neue Lehre vertritt Volpino, nämlich die Lehre von dem Monophagismus. Dieser Autor ist durch die Ergebnisse einer großen Reihe von Versuchen zu der Schlußfolgerung geleitet worden, daß sich bei den Tieren, die während langer Zeit mit einem und demselben Nahrungsmittel gefüttert wurden, ein Krankheitsbild entwickelt, das nach mehr oder minder kurzer Zeit zum Exitus führt. Dieses Krankheitsbild, das Volpino als monophagischen Symptomenkomplex bezeichnet, kann je nach der Art des als ausschließliches Futter dienenden Nahrungsmittels verschieden sein; es sind ihm jedoch zwei konstante Symptome eigen, nämlich die Gewichtsabnahme und der Verlust der Freßlust. Das Eintreten des Exitus wird durch den Umstand, ob dem Tiere trockene oder frische Vegetabilien verfüttert werden und durch den, ob das Tier im Dunkeln oder im Lichte gehalten wird, nicht beeinflußt; dagegen ist die Lebensdauer des monophagischen Tieres je nach der Art des Futters verschieden. So ist z. B. die durchschnittliche Lebensdauer der ausschließlich mit Kohl gefütterten Meerschweinchen zwölf Tage, während sie für Maistiere 35 und für Meerschweinchen, denen Kartoffeln oder getrocknete grüne Erbsen verfüttert werden, 50 Tage beträgt.

Dem Monophagismus sind zwei Grundcharaktere eigen, und zwar:

1. Die Spezifität in bezug auf das Agens: wenn man bei einem Tiere, das sich im monophagischen Zustande befindet und bei welchem der Tod unmittelbar bevorzustehen scheint, das betreffende Futter, das bis da verabreicht wurde und die Monophagie herbeiführte (z. B. Mais), durch ein artfremdes Futter (z. B. Kartoffeln) ersetzt, so kann man das Tier in der Mehrzahl der Fälle vor dem Exitus retten; ersetzt man hingegen das betreffende Futter durch ein artverwandtes (z. B. Mais durch Weizen), so wird der Exitus in keinem Falle hintangehalten.

Digitized by Google

2. Eine Veränderung der Reaktion des Organismus gegenüber dem betreffenden Futter, das, als ausschließliche Nahrung verabreicht, als monophagieerregend wirkte; dieses Futter wird allmählich zu einem Gifte für den Organismus, dem es als ausschließliche Nahrung verabreicht wurde.

Für diese Giftigkeit des Nahrungsmittels, das die Monophagie herbeiführte, spricht neben dem zunehmenden Widerwillen, den das Tier für das betreffende Futter empfindet (so daß es dieses zuletzt nur noch in ganz geringer Menge oder überhaupt nicht mehr zu sich nimmt, und es, wenn man versucht, es ihm zwangsweise einzuführen, sofort nach der Einführung wieder von sich gibt und zuweilen sogar infolge der forcierten Einführung plötzlich unter anaphylaxieähnlichen Erscheinungen stirbt), auch die von Volpino beobachtete und von Cesa-Bianchi und Vallardi in einer Reihe von sorgfältigen Untersuchungen bestätigte Tatsache, daß der durch Injektionen eingeführte Maisextrakt sich für Meerschweinchen, die während längerer Zeit ausschließlich mit Mais gefüttert wurden, giftig erweist, während er auf Meerschweinchen, die mit anderen Vegetabilien gefüttert wurden, keine oder eine viel schwächere Giftwirkung ausübt. Die ausschließlich mit Mais gefütterten Meerschweinchen erwerben eine ausgesprochene Überempfindlichkeit gegen die Extrakte aus (sowohl gesundem wie verdorbenem) Mais. Bemerkenswert ist diesbezüglich die Tatsache, daß, während Volpino mit ausschließlicher Maisdiät arbeitete, Cesa-Bianchi und Vallardi die gleichen Resultate bei Meerschweinchen erzielten, denen neben dem (gesunden oder verdorbenen) Mais auch frisches Gemüse verfüttert worden war.

Bezüglich der besonderen Überempfindlichkeit der monophagischen Tiere gegen das homologe Futter hebt Volpino hervor, daß dieselbe von der Serumanaphylaxie und von der alimentären Anaphylaxie, wie diese gewöhnlich verstanden wird, verschieden ist, weil sie nicht von der Anwesenheit im Blutserum von Antikörpern gegen das als ausschließliche Nahrung angewendete Futter begleitet ist, weil sie nicht auf andere Tiere durch das Serum passiv übertragbar ist und weil weder eine Kutan- noch eine Okuloreaktion erzeugt werden kann.

Der Monophagismus ist nach Volpinos Auffassung im wesentlichen eine Überempfindlichkeitskrankheit, und der Exitus des monophagischen Tieres ist eine notwendige Konsequenz der veränderten Beziehungen des Organismus zu dem über eine gewisse Zeitgrenze hinaus als ausschließliches Futter verabreichten Nährmittel.

Was nun die Pellagra anbelangt, so ist Volpino der Ansicht, daß dieselbe ätiologisch als eine Form von Maismonophagie zu deuten sei. Für eine derartige Beziehung zwischen der Pellagra und der ausschließlichen oder vor-

Digitized by Google

wiegenden Maisdiät spricht in erster Linie die Tatsache, daß die Pellagra als Volkskrankheit auf die Gegenden beschränkt ist, wo der Mais gebaut und tagtäglich als ausschließliches oder als Hauptnährmittel verzehrt wird. Einen weiteren Beweis für die Richtigkeit seiner Auffassung sieht Volpino in der äußerst großen Frequenz (92 %), mit der man eine Überempfindlichkeitsreaktion der Pellagrakranken gegen den Maisextrakt beobachtet (Volpino, Cesa-Bianchi, Rondoni, Finato u. Novello) und in der Tatsache, daß diese Reaktion bei Pellagrösen, die die Maisdiät verlassen haben und sich auf dem Wege der Besserung befinden, allmählich verschwindet (Finato u. Novello). Injiziert man Pellagrakranken den rohen wässerigen Maisextrakt, so tritt nur infolge Einspritzung größerer Mengen eine Reaktion ein, und zwar auch dann noch unregelmäßig; wenn man hingegen den konzentrierten wässerigen Extrakt durch Alkohol präzipitiert und den mit Kochsalzlösung aufgenommenen Niederschlag (den Volpino mit dem Namen Pellagrogenin belegte) einspritzt, so genügen ganz geringe Dosen, um eine deutliche Reaktion hervorzurufen und diese tritt konstanter ein. Die Einspritzung von 1 ccm einer einprozentigen Pellagrogeninlösung ruft bei erst kürzlich ins Hospital eingetretenen Pellagrakranken eine intensive fieberhafte Reaktion hervor, die von zuweilen sehr heftigen nervösen Erscheinungen, von Erbrechen, Durchfall, Reakutisierung von Erythemen usw. begleitet ist. In einigen Fällen bewirkte die Pellagrogenineinspritzung das Auftreten von Erythemen bei Kranken, die solche nie gehabt hatten.

Die Reaktion gegen die Einspritzung von Pellagrogenin beobachtet man zwar in einem Teile der Fälle (20—30 %) auch bei anscheinend Nichtpellagrösen, d. h. bei Individuen, die keine Pellagrasymptome aufweisen. Volpino bemerkt aber diesbezüglich, daß es sich in diesen Fällen um noch latente Pellagra, um Pellagrakandidaten, d. h. um Menschen handeln kann, die bereits seit langer Zeit Mais in beträchtlichen Mengen genossen haben, bei denen aber die Monophagie noch nicht einen genügenden Grad von Intensität erreicht hat, um mit deutlichen Symptomen auszubrechen. Für einen Teil der positiven Reaktionen bei Nichtpellagrösen könnte man meines Erachtens eine Erklärung in der Annahme finden, daß es sich um eine Form von Gruppenreaktion, d. h. um eine latente, durch vorwiegende Ernährung mit einer anderen Getreideart hervorgerufene Monophagie, also eine artverwandte Monophagie handle, ebenso wie man für einzelne Fälle eine der pharmakologischen Idiosynkrasie ähnliche individuelle Überempfindlichkeit annehmen kann. Diesen meinen Erörterungen schließt sich Volpino vollständig an.

Wie dem auch sei, Volpino schließt, indem er die Ätiologie der Pellagra in der soeben erwähnten Weise auffaßt, nicht aus, daß die aus-

Digitized by Google

schließliche oder vorwiegende Maisdiät, ebenso wie jede andere einseitige Kost, zum Teil deshalb schädlich sei, weil im einverleibten Eiweiß gewisse Atomkomplexe fehlen, die zum Stoffwechsel (oder zur Sättigung entsprechender, in den Zellen des Körpers präexistierender oder sich bildender Rezeptoren) notwendig sind. Er hat sogar schon 1912, vor dem Erscheinen der ersten Publikation von Funk über den Gegenstand, nachgewiesen, daß die Karyopse des Maises besondere schützende oder hemmende Substanzen, d. h. Substanzen enthält, die imstande sind, das Eintreten der Überempfindlichkeitsreaktion der Pellagrösen gegen die Einspritzung von Maisextrakt zu verhindern und die vielleicht den Funkschen Vitaminen entsprechen, und gab der Vermutung Ausdruck, daß die intensivere pellagrogene Wirkung des verdorbenen Maises im Vergleich zum gesunden vielleicht darauf zurückzuführen wäre, daß die sich im Maiskorn entwickelnden Schimmelpilze den Hilus, d. h. den Keim und die diesem am nächsten liegenden Endospermzonen, schädigen und somit die an diesem Orte wahrscheinlich reichlicher vorhandenen hemmenden Substanzen zerstören. Auch schließt Volpino nicht aus, daß bei der Pathogenese der Pellagra das Licht eine Rolle spielen kann; aus seinen Versuchen ergibt sich jedoch, daß bei ausschließlich mit Mais gefütterten Meerschweinchen zwar zuweilen Haarausfall erfolgt und das Licht einen gewissen Einfluß auf diese Erscheinung zu haben scheint, daß aber die Tiere auch im Dunkeln und zwar mehr oder minder in derselben Zeit zugrunde gehen.

Alessandrini und Scala betrachten die Pellagra als eine Kieselazidose. Alessandrini wurde durch seine epidemiologischen Untersuchungen zur Schlußfolgerung geführt, daß die Pellagra nicht in absoluter Abhängigkeit von der Maisdiät steht und daß sie eine geographisch streng lokalisierte Krankheit ist, und zwar beschränkt auf die Gegenden, in denen Wasser getrunken wird, das irgendwie mit Tonerde in steter Berührung ist. Zu dieser Schlußfolgerung wurde er angeblich durch den Umstand geleitet, daß es Pellagrakranke gibt, die nie Mais genossen haben; daß es in Italien und im Auslande weite Gegenden (Molise, Kampanien, Basilicata, Liguria, Brasilien usw.) gibt, in denen reichlich guter und schlechter Mais genossen wird, ohne daß Pellagrafälle zur Beobachtung kommen; daß in ein und derselben Gegend pellagrafreie und mit Pellagra behaftete Zonen vorkommen, obwohl in der ganzen Gegend dieselbe Ernährungs- und Lebensweise herrscht; daß die Pellagra aus den Gegenden verschwunden ist, in denen das frühere schlechte Trinkwasser durch gutes gesundes ersetzt wurde.

Zuerst glaubte er, die Pellagra wäre durch einen Parasiten aus der Familie der Filaridae verursacht; später kam er aber zu der Überzeugung,

Digitized by Google

daß die Ursache der Krankheit in dem unbelebten organischen oder anorganischen Inhalt des Trinkwassers zu suchen sei, und führte zusammen mit Scala eine Reihe von Untersuchungen in dieser Richtung aus, aus denen sich ergab:

1. Daß die Kieselsäure, in kolloidaler Lösung und im gelatinösen Zustande, per os, subkutan oder intraperitoneal eingeführt, bei Meerschweinchen, Kaninchen, Hunden und Affen eine chronische Intoxikation hervorruft: und daß auf diese schädliche Wirkung der Kieselsäure ein großer Einfluß von den Elektrolyten ausgeübt wird, mit denen die Kieselsäure in Berührung kommt, bevor sie in den Kreislauf übergeht, wobei sich kolloidale Verbindungen oder solche mit Oberflächenadsorption bilden, die schädlicher oder weniger schädlich als die Kieselsäure, oder überhaupt nicht schädlich, wie im Falle des Kalziumkarbonats, sein können.

2. Daß die Tonerde, wenigstens bei Meerschweinchen und Kaninchen, eine ähnliche Wirkung wie die Kieselsäure ausübt und somit, wenn sie sich mit dieser zu einer kolloidalen Verbindung vereinigt oder einfach neben der Kieselsäure im Wasser als Suspension enthalten ist, die Wirkung der Kieselsäure verstärkt.

3. Daß die aufgeschwemmte Tonsubstanzen enthaltenden Gewässer der pellagrösen Gegend Gualdo Tadino, Meerschweinchen oder Kaninchen (per os zusammen mit Kleie) oder Affen als Getränk verabreicht, dieselbe Intoxikation wie die Kieselsäure verursacht haben.

4. Daß die Fütterung der mit Kieselsäure behandelten Tiere mit Maismehl und Gras keine Erschwerung der Intoxikation zur Folge gehabt hat, woraus zu schließen ist, daß der Mais keinen vergiftenden Gehalt an Kieselsäure hat und auf keinem sonstigen Wege eine Giftwirkung entfaltet.

5. Daß die Kieselsäure eine Retention von Salzen herbeiführt, die eine übermäßige Bindung von Salzen an die Gewebe und ein darauffolgendes, ebenfalls übermäßiges Freiwerden von Mineralsäuren bewirkt, welche letztere pathogen wirken. Bei der Intoxikation wirkt die Kieselsäure somit indirekt.

6. Daß die Effekte einer solchen Intoxikation durch intramuskuläre oder hypodermatische Einspritzungen von Natriumzitrat beseitigt werden können, das alkalisierend wirkt.

7. Daß das Krankheitsbild der experimentellen Kieselvergiftung resp. Kieselazidose mehr oder minder identisch mit demjenigen der menschlichen Pellagra ist.

Kurz, Alessandrini und Scala sind der Ansicht, daß die Pellagra eine Azidose, d. h. die Folge einer chronischen Intoxikation sei, deren Ursache die Kolloidallösung des Siliziumdioxyds in dem Trinkwasser ist,

Digitized by Google

von dem in den Pellagragegenden Gebrauch gemacht wird. Den chemischen Prozeß, durch den das Trinkwasser pellagrogen werden soll, erklären sie folgendermaßen:

„Der Ton ist die erste Ursache der Krankheit, da das Regenwasser sowohl in den oberflächlichen als in den tiefen Schichten durch die Reaktion mit demselben (Ton ist ein Aluminiumsilikat) eine Hydrolyse hervorruft, wodurch Kieselsäure und Aluminiumhydrat entsteht. Durch die Art, wie die Hydrolyse vor sich geht, können beide in Kolloidalgestalt ins Wasser übergehen. Es ist bekannt, daß zwischen Kolloidal-Siliziumdioxyd und Aluminiumoxyd ein Zusammenhang besteht, und daß sie sich gegenseitig niederschlagen, so daß im Wasser nur der Überschuß über die Menge Siliziumdioxyd bleibt, die notwendig ist, um das Aluminiumoxyd niederzuschlagen. Die kolloidale Verbindung Siliziumdioxyd-Aluminiumoxyd, die nicht mit Aluminiumsilikat zu verwechseln ist, bildet ein Depot und bleibt zum Teil suspendiert. Dies ist dann die Ursache der dauernden Trübung, die man so häufig bei von Pellagrakranken getrunkenem Wasser beobachtet."

Von dieser Auffassung der Ätiologie der Pellagra ausgehend, haben die genannten Autoren eine Anzahl von Pellagrakranken mit täglichen Einspritzungen von Trinatriumzitratlösung (5 und 10%) behandelt, ohne ihre Lebens- und Ernährungsweise abzuändern und behaupten, günstige Resultate erzielt zu haben.

Ich habe eine Reihe von Versuchen vorgenommen, um einige Beobachtungen der erwähnten Autoren nachzuprüfen und meine Aufmerksamkeit besonders auf die eventuelle Wirkung der photodynamischen Reaktion und des Vitaminmangels gewendet. Zu meinen Versuchen habe ich eine Anzahl von Meerschweinchen, von weißen Ratten und von schwarzen Ratten angewendet. Die Meerschweinchen und die weißen Ratten stammten aus einer Zucht, die schwarzen Ratten stammten aus dem Freien und waren vermittels Fallen gefangen worden; sie gewöhnten sich ohne Schwierigkeit an die Gefangenschaft, indem sie zwar immer sehr scheu blieben, aber sich regelmäßig nährten und keine Zeichen von einer Beschädigung ihrer Gesundheit durch die Gefangenschaft aufwiesen.

Vor dem Beginn des Experimentes habe ich alle Tiere während 30 bis 45 Tagen unter reichlicher gemischter Ernährung (ohne Mais) an einem dunkeln Orte gehalten, um einerseits eventulle, im Inkubationsstadium sich befindende Infektionskrankheiten zum Ausbruch kommen zu lassen und andererseits nur in gutem Ernährungszustande sich befindende Tiere zu meinen Versuchen zu benutzen.

Meine Versuche und Tiere kann man in folgende Reihen einteilen: Eine Reihe von Tieren wurde während mehrerer Wochen ausschließ-

Digitized by Google

lich und während mehrerer weiterer Wochen vorwiegend mit Mais gefüttert und fortwährend in einem Käfig an einem derartigen Orte gehalten, daß sie während des ganzen Tages dem vollen Tageslicht ausgesetzt waren und außerdem während mehrerer Stunden (am Vormittag durch ein nach Südosten und am Nachmittag durch ein nach Südwesten gewendetes weites Fenster) direkt von der Sonne beschienen wurden. Auf diese Weise konnte ich die Effekte der kombinierten Einwirkung der Maisdiät und des gewöhnlichen Lichtes konstatieren.

Der Mais gehörte immer zur besten, gesündesten Sorte, die ich auf dem Markte finden konnte. Er wurde zuerst unter der Form von Polenta den Tieren verfüttert; da ich aber beobachtete, daß die Meerschweinchen dieselbe nicht gern fraßen und daß ferner die Polenta leicht von einem Tage zum anderen verschimmelte, so daß meine Resultate durch die Wirkung der Schimmelpilze gestört werden konnten, habe ich nach wenigen Tagen den Tieren einfach Maiskörner verfüttert, die sowohl Meerschweinchen wie Ratten ohne Schwierigkeit fressen.

Dazu, die ausschließliche Maiskost durch vorwiegende Maiskost zu ersetzen, wurde ich durch die Betrachtung veranlaßt, daß bei der ausschließlichen Maisdiät neben dem Faktor: Mais auch der Faktor: einseitige Diät ins Feld tritt, der an und für sich — wie aus Volpinos Untersuchungen hervorgeht — eigene Folgen haben und somit als Fehlerquelle wirken kann, und daß sich die vorwiegende Maisdiät mehr derjenigen der Pellagrakranken und Pellagrakandidaten nähert, indem sich diese ja nicht ausschließlich, sondern nur vorwiegend mit Mais resp. Polenta ernähren.

Eine zweite Reihe von Tieren wurde während der ganzen Zeit mit gemischter Kost ohne Mais (Brot, Kartoffeln, Fleischreste, Käsekrusten, Obst usw. für die Ratten; Gras, Kohl, Brot, Blättersalat von verschiedener Art usw. für die Meerschweinchen) gefüttert und unter ganz genau denselben Belichtungsverhältnissen gehalten, wie die vorige Reihe. Auf diese Weise konnte ich die Wirkung des Lichtes an und für sich, unabhängig von dem alimentären Faktor, feststellen.

Eine dritte Reihe von Tieren wurde während mehrerer Wochen ausschließlich und während mehrerer weiterer Wochen vorwiegend mit Mais gefüttert und in einem Käfig gehalten, der sich in bezug auf Belichtung in derselben Stellung wie die beiden vorigen befand, aber von allen Seiten von rotem Glase umgeben und ferner auf rotes Papier gestellt war, so daß die Tiere nur durch rotes Licht beschienen werden konnten. Auf diese Weise wurden alle oder fast alle chemisch aktiven Strahlen des Spektrums ausgeschaltet und ich konnte die eventuelle Wirkung der Kombination: rotes Licht + Maiskost feststellen.

Digitized by Google

Eine vierte Reihe von Tieren bekam eine gemischte Kost (ohne Mais) und wurde in derselben Weise wie die Tiere der dritten Reihe nur rotem Licht ausgesetzt, so daß die eventuelle Wirkung dieses letzteren an und für sich, unabhängig von der Diät, zutage treten mußte.

Eine fünfte Reihe wurde im Dunkeln gehalten und mit dem vitaminlosen Teil des Maiskorns gefüttert. Dies geschah auf eine sehr einfache Weise. Wenn man nämlich sowohl Meerschweinchen wie Ratten das ganze Maiskorn in überreichlicher Menge vorlegt, so nagen die Tiere zuerst den Hilus und die direkte Umgebung desselben aus; den übrigen, das heißt den peripheren Teil des Korns, der nach Funk gerade die Vitamine enthalten soll, den fressen sie erst, wenn sie keine ganzen Körner mehr zur Verfügung haben.

Diese Tatsache spricht meines Erachtens gegen die Funksche Theorie, denn die Tiere folgen naturgemäß bei ihrer Ernährung, wenn sie freie Wahl haben, gewöhnlich ihrem Instinkte und lassen ihre Wahl auf dasjenige fallen, was ihnen am meisten bekömmlich und zuträglich und notwendig ist; und es wäre doch wenigstens sehr sonderbar, daß dieser alimentäre Instinkt gerade für die nach Funks Angaben so wertvollen Vitamine eine Ausnahme machte.

Ich brauchte also nur diesen Tieren das Maiskorn in derartig reichlicher Menge zur Verfügung zu stellen, daß sie sich satt fressen konnten, ohne auf den von ihnen bevorzugten zentralen Teil des Maiskorns zu verzichten. Die von den Tieren ausgehöhlten Körner wurden jeden Tag entfernt und zu einem weiteren Versuche benutzt.

Durch diese fünfte Reihe von Tieren konnte ich die eventuellen Wirkungen einer vitaminlosen Maisdiät feststellen.

Eine sechste Reihe von Tieren wurde in derselben Weise wie die erste behandelt (ausschließliche resp. vorwiegende Maisdiät; gewöhnliche Belichtung resp. Sonnenbestrahlung), mit dem Unterschiede, daß ihnen an Stelle des vollen Maises die durch die Tiere der fünften Reihe ausgehöhlten, also an Vitaminen reichen Körner verfüttert wurden.

Hierdurch beabsichtigte ich eine Steigerung des eventuellen photodynamischen Faktors, da das Maispigment zum größten Teile in den peripheren Schichten der Maiskörner enthalten ist, und die Ausschaltung der Fehlerquelle, die bei der ersten Reihe durch den Faktor: Vitaminenmagel entstehen konnte.

Eine siebente Reihe von Tieren wurde wie die sechste behandelt, aber in derselben Weise wie die dritte, ausschließlich unter rotem Lichte gehalten.

Die atmosphärischen und thermischen Verhältnisse waren für alle

Digitized by Google

Tiere die gleichen, indem alle Käfige in einem und demselben, gut ventilierten Zimmer gehalten wurden.

Wasser bekamen die Tiere in mehr als genügender Menge zur Verfügung.

Auch wurde für große Reinlichkeit gesorgt, um eventuelle infektiöse Faktoren auszuschließen, was leider, wie wir weiter unten sehen werden, nicht immer gelungen ist.

Die Tiere habe ich während des größten Teiles des Versuches unter steter Beobachtung gehalten, indem ich selbst jeden Tag für Fütterung, Erneuerung des Trinkwassers, Reinigung der Käfige sorgte. Ich konnte somit die eventuell eintretenden Veränderungen bei den Tieren rechtzeitig beobachten.

Eine Ausnahme hierzu bilden nur die Versuche der Gruppen En, Fn, Gn, Hn; die Tiere dieser Gruppen wurden während eines Teiles der Versuchsdauer wegen meiner Abwesenheit von einem Diener des Institutes verpflegt und unter Beobachtung gehalten.

Ich schreite nun ohne weiteres zur Darstellung meiner Protokolle.

(Fortsetzung folgt.)

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

November 1914, Bd. 21, H. 11.

Zur Sero- und Liquordiagnostik bei Syphilis, von H. Eicke-Berlin. Die Methodik, welche Verfasser anwendet, schließt sich an jene von Sachs in Frankfurt geübte ziemlich eng an. Er bevorzugt sehr kleine Quanten (0,25) bei einer zehnfachen Verdünnung des Serums. Bei der Ausführung der WR verwendet er mehrere Extrakte, weil mitunter gerade noch einer die Hemmung zeigt, während die anderen schon hämolysieren (Cholestearin-Rinderherz-, Lessers Organ- und alkoholischer Leber-Extrakt). Der Verfasser hält es für wichtig, die Kur nur unter negativer WR abzuschließen, was bei frischer Lues leichter als bei älterer gelingt.

Die Untersuchung der Spinalflüssigkeit erstreckt sich auf die Bestimmung des Zellgehaltes in der Fuchs-Rosenthalschen Zählkammer oder im Zentrifugat, welches auf drei Deckgläsern verteilt und gefärbt wird, ferner auf diejenige des Eiweißgehaltes. Hierbei wurde verwendet: die Globulinreaktion von Nonne-Apelt, die Pandysche Reaktion zur Feststellung von Heilungen, die quantitative Probe von Nissl-Essbach und Brandberg-Stollnikoff. Schließlich wurde Langes Goldreaktion, die WR des Liquor und das Vorhandensein hammelblutlösender Normalambozeptoren und Komplementes in demselben nach Weil und Kafka geprüft.

Beitrag zur Kasuistik der seltenen Ulcus molle-Lokalisationen. Primäre Lokalisationen des Ulcus molle in Urethra nebst Autoinokulationen am Zeigefinger der linken Hand, von P. A. Pawlow-Moskau. Der Fall betrifft einen 24jährigen Soldaten. Die Lokalisation des Urethralgeschwüres wurde mit einem Valentinschen Tubus Nr. 21 festgestellt. Etwa 1 cm hinter dem Orifizium fand sich an der oberen

Digitized by Google

Wand des Urethralkanales eine kleine seichte Ulzeration mit scharf beschnittenen Rändern und einem grauen Grunde. Ringsherum war die Schleimhaut stark hyperämisch und bei Berührung sehr empfindlich. Vörner-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Die Nachbehandlung nach chirurgischen Eingriffen, von M. Behrend-Stettin. (Berlin 1914, Julius Springer.) Aus dem kurzen Leitfaden interessiert Kapitel V.: „Nachbehandlung nach Operationen an den Harn- und Geschlechtsorganen." Nach Operationen an den Nieren ist die Anurie zu bekämpfen, die Diät zu regulieren und eine eventuelle Zystitis zu beseitigen, nach Nephrektomie auf die Nachblutung, auf Tamponade und gute Pflege der Wunde zu achten, nach Nephropexie 10—12 Tage lang den Gazestreifen unter dem Nierenpol zu lassen, nach Operationen am Ureter Gazestreifendränage und nach Implantation des Ureters in die Blase Verweilkatheter zu legen.

Die Nachbehandlung nach Operationen an der Harnblase, Prostata und Urethra masc. erfordern die Anwendung von Verweilkathetern und Spülungen. Nach Laparatomie wegen Blasenruptur ist eine gute Abdeckung der Bauchhöhle notwendig, nach Sectio alta bei Blasennaht Einlegen von Gazestreifen, bei offener Blase Dränage nach oben und unten mit Durchspülung, nach Operationen an der Harnröhre Verweilkatheter mindestens 12 Tage lang, darauf baldiges Bougieren.

Die Nachbehandlung nach Operationen an den männlichen Geschlechtsteilen betrifft zunächst die Phimose, dann den Penis. Durch Thierschsche Läppchen gedeckte Hautdefekte sind vor der Benetzung mit Urin zu schützen. Dasselbe gilt für den amputierten Penis. Bei Hydrozele kommt es auf die Verhinderung der Hämatombildung an, während bei Kastration ein enges Suspensorium genügt.

Die Nachbehandlung nach vaginalen Operationen berücksichtigt das Verhalten der Blase. Ein kurettierter Uterus erfordert Tamponade der Vagina, später Reizung der Uterusschleimhaut. Gleichzeitig wird Ergotin gegeben. Bei Kolporraphie und Dammplastik werden Diätvorschriften, Tamponade, Spülung der Vagina und Nahtentfernung am zehnten Tage empfohlen. Weiter wird die Nachbehandlung von vaginaler Uterusexstirpation, der inzidierten Hämatozele, der Alexander Adamschen Operation und der Laparatomien berücksichtigt. Vörner-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Beitrag zur Abortivbehandlung der Lues, von Zürn. (B. kl. W., 1913, Nr. 36.) Verfasser bringt das Material der Königl. Univ.-Hautklinik und -Poliklinik zu Berlin Nur solche Fälle wurden abortiv behandelt, bei denen folgende Bedingungen erfüllt waren: 1. Primäraffekt mit positivem Spirochäteunachweis, 2. negative WR, 3. keine Sekundärerscheinungen. Durchgeführt wurden 53 Kuren, teils reine Salvarsanbehandlung, teils reine Hg-Kuren, teils kombinierte Kuren. Sicher mißlungen waren 19 Kuren, zu kurze Zeit beobachtet 30, ziemlich sicher gelungen 4 Kuren. Zur Beurteilung über das Gelingen einer Abortivkur haben wir im Gegensatz zu früher, wo man bei fehlenden Sekundärerscheinungen stets im Dunkeln tappte, in der Wassermannschen Reaktion,

Digitized by Google

einen Maßstab, der als zuverlässig anzusehen ist, wenn sie mindestens alle 2—3 Monate einmal angestellt und wenigstens ein Jahr lang nach beendeter Kur negativ geblieben ist.

G. Heymann-Elbing.

Beitrag zur Abortivbehandlung der Syphilis, von R. Frühwald-Leipzig. (W. kl. W., 1913, Nr. 39.) Ein 23jähriger Mediziner mit sicheren Sklerosen (Spirochäten positiv, Wassermann negativ) wurde mit Exzision der Primäraffekte und zwei intravenösen Salvarsaninfusionen 0,3 und 0,4 behandelt. Am Schluß der Behandlung war der Wassermann schwach positiv. Zehn Monate lang zeigten sich keinerlei syphilitische Erscheinungen, der Wassermann war auch nach einer provokatorischen Salvarsaninfusion negativ. In einem zweiten, ebenfalls Wassermann-negativen und mit Neosalvarsan behandelten Falle traten sehr bald lokale Rezidive auf, woraus hervorzugehen scheint, daß in den Sklerosen einige Spirochäten der Vernichtung entgangen sind. Verfasser schließt daraus, daß man, wenn irgend möglich, auf die Exzision des Schankers nicht verzichten soll.

W. Lehmann-Stettin.

Über Abortivbehandlung der Syphilis, von W. Lier-Wien. (D. m. W., 1913, Nr. 46.) Verfasser exzidierte den Primäraffekt oder, wo das nicht möglich war, wurde die Sklerose mit dem Paquelin zerstört. Er injiziert zweimal wöchentlich 0,05 von 10% Hydrarg. salicyl., die meisten Patienten bekommen 20 Injektionen. Das Neosalvarsan gab er Männern in Dosen von 0,6, 0,75 und 0,9, Frauen in Dosen von 0,45 und 0,6; stets gingen zur Vermeidung einer stärkeren Reaktion der ersten, gewöhnlich schwächeren Salvarsaninjektion zwei Hydr. sal. Injektionen voraus. Was die zeitliche Verteilung der Salvarsaninjektionen anbetrifft, so erscheint es dem Verfasser theoretisch wie auch praktisch begründet, die ersten Salvarsaninjektionen in rascher Aufeinanderfolge, womöglich im Beginn der Behandlung, zu geben, um dann die anderen in der Mitte und am Ende der Kur zu verabreichen. Bei den mitgeteilten Krankengeschichten handelt es sich um 34 Patienten mit primärer Syphilis, davon sind 27 bisher klinisch und serologisch gesund geblieben, fünf Patienten sind schon $1^1/_2$ Jahre in Beobachtung, die anderen kürzere Zeit. Diesen 27 Fällen stehen sieben andere gegenüber, die Verfasser als erfolglos behandelt bezeichnet.

Haller-Dresden.

Zur Abortivbehandlung der Syphilis, von Wilhelm Kerl-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 46.) Aus den an der Riehlschen Klinik gesammelten Erfahrungen ergibt sich, daß auch bei frühzeitiger Behandlung und noch negativer Seroreaktion ein Rezidiv nicht selten auftritt. Nur die Vernichtung der Spirochäten an der Infektionsstelle vermag Aussicht auf eine erfolgreiche Abortivkur zu bieten. „Selbst bei Propagierung des Virus im Organismus ist die Exzision oder die Zerstörung mit dem Paquelin vorzunehmen, da Krankheitserreger im Blute und noch junge Fixation von der Gefäßbahn aus auch auf demselben Wege noch leicht von antiluetischen, spirilloziden Substanzen therapeutisch beeinflußt werden können. Es dürften die dabei zur Bildung kommenden Antistoffe im weiteren Sinne sogar seine verstärkende Heilkomponente darstellen und günstig auf Gewebsspirochäten rückwirken." Deswegen sollen doch Abortivkuren versucht werden, aber stets mehrere intensive Behandlungen einander folgen; selbst dann muß sich die Beobachtung der Fälle noch über Jahre erstrecken. Wie einzelne der behandelten Fälle gezeigt haben, ist ein Freibleiben von Erscheinungen durch acht Monate hindurch noch nicht für die Annahme einer Dauerheilung verwertbar.

W. Lehmann-Stettin.

Kontraluesin (Richter) in der Abortivbehandlung der Syphilis, von E. Klausner-Prag. (M. m. W., 1914, Nr. 13.) Die von Richter angegebene Kombination von Salizyl, Sozojodol, Chinin, Sublimat, Arsen und Phosphor mit kolloidalem, molekularem Hg als Hauptbestandteil hat Verfasser bei einer ca. zweijährigen Beobachtungsdauer an 300 Patienten und unter Verabreichung von rund 2000 Injektionen therapeutisch sehr

Digitized by Google

wirksam und bei richtiger Anwendung frei von unangenehmen Nebenwirkungen befunden, so daß er sein früher schon geäußertes günstiges Urteil (M. m. W., 1913, Nr. 2) voll aufrecht erhält. Er berichtet jetzt noch über eine Serie von 20 Fällen, von denen unter alleiniger Verwendung von Kontraluesin 15 abortiv ausheilten und bisher klinisch sowohl wie serologisch rezidivfrei blieben. Noch besser dürften die Resultate bei einer Kombination von Kontraluesin mit Salvarsan ausfallen. Bei dieser Behandlung heilten sämtliche 15 Fälle einer Serie aus und blieben auch völlig rezidivfrei. Allerdings erstreckte sich die Beobachtungsdauer bei einigen der Patienten nur auf drei Monate, während die längste Beobachtungsdauer 15 Monate betrug. Philippi-Salzschlirf.

Die Abortivbehandlung der Syphilis, Therapia sterilisans magna, von Boleslaw Lapowski-New York. (New York m. J., 6. Juni 1914.) Dank des Nachweises der Spirochäten — und L. erklärt es für die Pflicht des Arztes, sobald wie möglich nach einer Infektion darnach zu forschen — kann die Diagnose der Syphilis nun sehr frühzeitig gestellt werden. Da wir auch ein Mittel, Salvarsan, zur Verfügung haben, das mit oder ohne Quecksilber den Keim direkt zerstört und da die Wassermannsche Reaktion festzustellen vermag, ob der Keim noch wirksam ist, seine Tätigkeit innerhalb des Organismus noch fortsetzt, da ferner Reinfektion bei energisch mit Salvarsan und Quecksilber behandelten Personen zweifellos vorgekommen ist, so dürfte diese Behandlung mit Recht als abortive angesehen werden. Sie besteht in 2—3 Dosen Salvarsan und 12—15 Einreibungen von Kalomel oder Oleum cinereum, die bei fortwährend negativer Wassermannscher Reaktion entsprechend milder zu handhaben ist, aber immerhin eine ständige Beaufsichtigung des Patienten (mittels Serumreaktion) auf 1—2 Jahre erheischt. Ob nach Umlauf dieser Zeit mit ständig negativer Reaktion eventuell die Eheerlaubnis schon zu erteilen ist, möchte Verfasser trotz seines unerschütterlichen Glaubens an die Abortivmethode nicht ohne weiteres zugeben. Stern-München.

Zur Abortivbehandlung der Syphilis, von A. Blumenfeld. (W. m. W., 1914, Nr. 27.) Die Indikation für die Abortivbehandlung bietet bei bestehendem Primäraffekt die noch negative Wassermann-Reaktion. Die Kur besteht in der Verschorfung des Primäraffektes, dann in einer anschließenden Salvarsaninjektion von 0,4—0,5 Dosis und schließlich in 10—14 ganzen eventuell halben Dosen von Merkinol (40% Hg) in fünf bis sechstägigen Intervallen. Während ohne Quecksilber nach einigen Monaten Rezidive erfolgten, blieben die nach obigem Modus behandelten Fälle in klinischer und serologischer Beziehung 2—3 Jahre lang vollkommen frei. Vörner-Leipzig.

Über Abortivbehandlung der Lues, von Johann Saphir-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 29.) Bericht über 46 Fälle, von welchen 35 einmal, 11 dagegen mehrmals behandelt worden waren. Bei diesen war in 30 Fällen ein guter, in 5 ein negativer Erfolg, bei jenen in 8 Fällen Heilung, in 3 Rezidivieren zu verzeichnen. Die Behandlung wurde mit Altsalvarsan (intramuskulär oder intravenös) in 3, mit Salvarsan und Hg in 1, mit Neosalvarsan (intravenös) in 1 und Neosalvarsan und Hg in 41 Fällen durchgeführt. Vörner-Leipzig.

Die Abortivbehandlung der Syphilis beim Militär, von J. Odstrčil-Prag. (Casopis lékařův českých, 1914, Nr. 31.) Bei der Abortivbehandlung der Syphilis mit Quecksilber allein, blieb mehr als 12 Monate frei von Symptomen nur 0,5—1%, bei der Behandlung mit Salvarsan dagegen von 129 Sklerosen 47 = 36,43%, die 12 bis 45 Monate in Beobachtung standen. Zur Abortivbehandlung empfiehlt der Verfasser das folgende Verfahren: Zuerst appliziert man eine oder mehrere Quecksilberinjektionen; dann injiziert man 1—2 mal 0,5—0,6 g Salvarsan oder Neosalvarsan in 2 ccm 0,6% NaCl-Lösung intraglutäal in 4—6 wöchigem Intervall oder 0,3—0,4 g 3—4 mal intravenös in einwöchigen Intervallen. G. Mühlstein-Prag.

Digitized by Google

Die Behandlung der Syphilis in den Frühstadien, von T. W. Gibbard und L. W. Harrison-London. (Brit. m. J., 22. November 1913.) Im Militärlazarett haben Verfasser seit mehr als vier Jahren es sich zur Regel gemacht, jedes zur Beobachtung gelangende Geschwür am Penis, selbst bei unspezifischem Aussehen, auf Spirochäten zu untersuchen und sofort nach Feststellung eines positiven Befundes mit der Salvarsan- und Hg-Behandlung zu beginnen. Sie haben vom Neosalvarsan abgesehen, weil sie glauben, daß dieses Präparat in den Tropen nicht haltbar genug sein dürfte. Bisher haben sie bei Verabreichung von 3800 Injektionen keinen Todesfall und auch niemals eigentlich besorgniserregende Störungen erlebt. Als Paradigma der Behandlung wird folgendes Verfahren aufgestellt: nach Beseitigung des Primärsyphilids durch Exzision oder durch Ausbrennen wird eine intravenöse Injektion von 0,6 Salvarsan verabreicht, worauf fünf wöchentliche Injektionen von Hg-Emulsion folgen; dann kommt wieder eine Salvarsaninjektion mit nachfolgenden fünf Hg-Injektionen und als Schluß eine dritte Salvarsaninjektion. Für schwächliche Individuen tritt eine Modifikation ein. Unter einem Beobachtungsmaterial von 152 Fällen, das nach diesen Grundsätzen aber durchweg mit kleineren Dosen behandelt worden war, zeigten binnen einem Jahre nach dem Aussetzen der Behandlung nur 3,9% klinische Erscheinungen eines Rezidivs und 19,4% eine positive Wassermannsche Reaktion. Philippi-Salzschlirf.

Die Behandlung der Syphilis im Royal Naval Hospital zu Chatham, von G. B. Scott. (Brit. m. J., 22. November 1913.) Im Verlauf von $2^1/_2$ Jahren hat Verfasser im Marinelazarett 1100 mit Salvarsan, resp. Neosalvarsan behandelte Fälle von Syphilis zu beobachten Gelegenheit gehabt. Zur Kontrolle der Resultate wurden 3000 Seroreaktionen ausgeführt. Es war ein Todesfall, der auf Intoxikation mit Neosalvarsan zurückgeführt werden konnte, zu beklagen. Ein seit 2 Jahren an Syphilis erkrankter Mann, der mit 28 Quecksilberinjektionen vorbehandelt worden war, erhielt eine Einspritzung von 0,6 Neosalvarsan und 8 Tage später nach durchaus befriedigendem Verlauf eine zweite Injektion von 0,75. Nach Ablauf von 46 Stunden trat bei Bettruhe eine epileptiforme Attacke ein, und der Tod erfolgte nach weiteren 36 Stunden nach anhaltender Bewußtlosigkeit. Ein zweiter ebenfalls tödlich endender Fall, der mit 2 Injektionen von je 0,6 Salvarsan behandelt worden war, ist nach S. durch komplizierte Diphtherie mit dadurch bedingter, allgemeiner Paralyse zu erklären. Im übrigen waren die Resultate hoch befriedigend. Von 1000 Fällen haben in einem Zeitraum von 6 Monaten bis zu 2 Jahren nach Sistierung der Behandlung nur 22 ein Rezidiv aufgewiesen, doch konnte allerdings eine längere Kontrolle nicht bei allen durchgeführt werden. Verfasser gibt, sobald Spirochäten nachweisbar sind, Salvarsan, wobei er die zweite Injektion dann folgen läßt, wenn die Marshsche Probe den Urin als arsenikfrei erkennen läßt; außerdem wird 3 Monate lang regelmäßig mit Hg weiterbehandelt. Philippi-Salzschlirf.

Die Behandlung der Syphilis, von D. Kennard-London. (Brit. m. J., 20. Dez. 1913.) Verfasser gibt an, mehrere hundert Fälle von Syphilis mit je zwei intravenösen Injektionen von Salvarsan und 8—10 intramuskulären Injektionen von grauem Öl nach Vigierscher Vorschrift erfolgreich behandelt zu haben. Er berichtet den Hauptmomenten nach über einen 30jährigen Patienten, der trotz deutlichen Sekundärerscheinungen nach dieser Methode vollständig auskuriert wurde und von neuem ein unzweifelhaftes Primärsyphilid akquirierte. Philippi-Salzschlirf.

Zur Frage der modernen Behandlung der frischen Syphilis, von Fritz Bodländer. (B. kl. W., 1914, Nr. 12.) Verfassers Kur, zu deren Nachprüfung er auffordert, besteht aus der eigentlichen Hauptkur, die weit über den Zeitpunkt des Negativwerdens der Wassermannschen Reaktion hinaus fortgeführt wird, und zwei bis drei kurzen Nachschüben. In der ersten Phase verwendet er eine Kombination von intravenösen Salvarsan-

Digitized by Google

injektionen und löslichen Hg-Salzen, wobei er das Embarin bevorzugt, in der zweiten Phase Salvarsan und Hg in Form der Depotbehandlung. Dieser Kur kommt eine tiefgehende Heilwirkung zu. Die nächsten zwei bis drei Jahre nach dieser Behandlung dienen der Beobachtung. G. Heymann-Elbing.

Zur Frühbehandlung der Syphilis, von Otto Sachs-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 46.) Je frühzeitiger und gründlicher die Behandlung einsetzt, um so aussichtsvoller sind die Erfolge. Die Behandlung besteht in der Exzision der Sklerose, Kombination von Quecksilber und Salvarsan und ist auch bei Frühbehandelten im Sinne einer chronischen intermittierenden, streng individualisierenden, unter steter Kontrolle durch die Wassermannsche Reaktion fortzusetzen. Die kombinierte Behandlung von Quecksilber und Salvarsan (16 Fälle) gibt im Vergleiche zur alleinigen Anwendung von Quecksilber (16 Fälle) oder Salvarsan (8 Fälle) die weitaus besten Resultate.

W. Lehmann-Stettin.

Fibrolysin als Unterstützungsmittel antiluetischer Behandlung, von Theodor Hausmann-Rostock. (M. Kl., 1913, Nr. 51.) Im Anschluß an die über dieses Thema von D. Berlin (M. Kl., 1913) veröffentlichte Arbeit hebt Hausmann hervor, daß er bereits im Oktober 1910 in einem Falle von Syphilis III (Hepatitis luet.; luetische Hyperplasie des Magens, gummöses retroperitoneales Infiltrat) Fibrolysin neben Salvarsan verabfolgt hätte, und daß er seitdem öfter bei Salvarsankuren Fibrolysin in Anwendung brächte, besonders bei Syphilis III und speziell bei Aortenlues. Seine Erfolge ermutigen zu weiteren Versuchen. Lasch-Breslau.

Erfahrungen über die Behandlungen der malignen Syphilis, von Gustav Morawetz-Wien. (M. Kl., 1913, Nr. 50.) In Anlehnung an die von Neisser und Haslund auf dem Londoner Kongresse 1896 gegebene Definition von Syphilis maligna betont der Verfasser folgendes: 1. Syphilis maligna dokumentiert sich durch innerhalb der ersten Jahre nach der Infektion auftretende pustulöse und ulzeröse Hauteruptionen unter häufiger Mitbeteiligung der Nasen- und Mundschleimhaut. Die Rezidive folgen sich trotz Behandlung in rascher Aufeinanderfolge. 2. Diese Haut- und Schleimhauterzeugungen machen klinisch den Eindruck sekundärer Produkte, welche infolge einer intensiven Entzündung mit reichlicher Exsudation den Charakter von Pusteln annehmen, die durch raschen Zerfall zur Entstehung von Ulzerationen führen. Der lebhafte Entzündungsvorgang ist unter anderem durch den entzündlichen hellroten Hof, der die malignen Effloreszenzen umgibt, gekennzeichnet. Die sekundäre Natur der bezeichneten Erscheinungsformen verrät sich übrigens auch durch das nicht so seltene Auftreten makulo-papulöser Rezidive im malignen Stadium, sowie durch das Nebeneinanderbestehen makulöser, aber besonders papulöser Effloreszenzen neben ulzerösen; gegen den gummösen, d. h. tertiären Charakter spricht das Fehlen der serpigininösen Ränder und der gruppierten Anordnung der Hautgeschwüre. 3. Dieses maligne sekundäre Stadium klingt nicht immer mit dem Ende des zweiten Jahres ab, sondern geht nicht zwar selten in ein frühzeitiges tertiäres Stadium mit ausgesprochenen gummösen Krankheitsprodukten über, die dieselben Merkmale der Malignität aufweisen, wie die des sekundären Stadiums: hartnäckiges Bestehen, trotz energischer Behandlung, unmittelbar aufeinanderfolgende Rezidive. Unter 49 Fällen von Syphilis maligna konnte der Verfasser neun Fälle beobachten, denen nach zweijährigem Sekundärstadium sofort gummöse Periostitiden, Arthritiden oder gummöse Ulzera der Zunge, der hinteren Rachenwand, der behaarten Kopfhaut und gummöse Infiltrate des Testikel sich anschlossen.

In einem Falle, bei dem bereits das erste Exanthem einen ulzerösen Charakter hatte, trat im zweiten Halbjahr post infectionem ein Gumma der großen Zehe mit Sequesterbildung auf, das infolge des unaufhaltsamen Fortschreitens des Prozesses die

Digitized by Google

Enukleation nötig machte; im zweiten Jahre hatte der Patient ein exulzeriertes Gumma der Zunge. Der Verfasser glaubt, daß man nicht von einer Syphilis tertiaria praecox (Neisser) oder galopans (Haslund) sprechen sollte, sondern die Anschauungen Fingers festhalten sollte, daß die maligne Syphilis einen eigentümlichen Verlauf des Sekundär- und Tertiärstadiums darstellt. Solange die Differenzierung nur auf klinischen Beobachtungen beruht, wird eine Einigung schwer zu erzielen sein; doch hofft der Verfasser viel in dieser Hinsicht von einer Kutireaktion. Von den 48 Fällen von Syphilis maligna des Verfassers waren zwei extragenital; sechs Fälle (darunter vier schwere) zeigten dauernd negativen WR. Zwei Fälle waren mit Tuberkulose kombiniert und die größte Mehrzahl hatte eine sehr schwächliche Körperkonstitution. Zur Frage der therapeutischen Beeinflußbarkeit der malignen Syphilis liefert Morawetz folgenden Beitrag: Von 48 Fällen fallen 24 in die Vor-Salvarsanära und wurden mit Hg, Jod und Arsen (Arsojadin) behandelt, vier nur mit Salvarsan, 20 mit Salvarsan und Hg. Er gibt vier sehr interessante Krankheitsgeschichten, deren Lektüre im Original sehr empfehlenswert ist, und die kurz folgenden Verlauf haben: Der erste dieser vier Fälle (der Fall mit der Enukleation der Zehe), der durch mehr als zwei Jahre infolge der Unbeeinflußbarkeit seiner schweren Erscheinung trostlos erschien, war durch Ehrlichs Mittel rasch und dauernd geheilt und die anfangs positive WR wurde unter der fortgesetzten Hg-Behandlung im zweiten Halbjahr negativ und blieb während aller folgenden Rezidive negativ. Die Fälle 2 und 3, welche allerdings durch Salvarsan weniger beeinflußbar waren als durch Hg, sprechen jedoch für die Umgestaltung des Organismus durch Salvarsan im Sinne einer gesteigerten Beeinflußbarkeit durch eine nachfolgende Hg-Kur.

Der Fall 4 ist bemerkenswert durch die in den ersten zwei Jahren ausschließliche Beschränkung der Rezidive auf das Periost, er hat seit über drei Jahren seinen malignen Charakter. Dazu kommt das frühzeitige Erkranken der Niere und Leber mit Unterernährung und Gewichtsabnahme — also ein Fall von Syphilis gravis —; er ist dauernd weder durch Hg noch durch Salvarsan beeinflußbar, noch gestattet das vorübergehende Umschlagen der positiven WR in die negative nach Salvarsan die Annahme eines gewissen Einflusses des Salvarsans. Das Resümee seiner therapeutischen Erfahrung faßt Morawetz in folgende vier Sätze zusammen: 1. Durch Hg sind die meisten Fälle beeinflußbar, nur sind in der Regel zur Erreichung eines Erfolges intensivere und länger dauernde Hg-Einverleibungen erforderlich als gewöhnlich. 2. Die Hg-Behandlung kann ohne vorausgehendes roborierendes Verfahren sofort energisch einsetzen, da gleichzeitig Darreichung von Jod in hohen Dosen (bis 200 g) eventuell in Kombination mit Arsen (Arsojadin) hat sich in den vorliegenden Fällen vielfach bestens bewährt. 3. Salvarsan pflegt nach 1—2 Injektionen in kürzester Zeit die malignen Erscheinungen zur Heilung zu bringen und den Ernährungszustand günstig zu beeinflussen. Das maligne Stadium scheint im allgemeinen durch Salvarsan eine beträchtliche Abkürzung zu erfahren. 4. Es gibt Fälle, die auf Salvarsan nicht reagieren; hier erweisen sich oftmals Quecksilberkuren, welche man der Salvarsanbehandlung nachfolgen läßt, von prompter Wirkung auch in solchen Fällen, welche sich vorher gegen Hg refraktär verhalten haben. Lasch-Breslau.

Die Therapie der Lues mit Lungentuberkulose im Hochgebirge, von H. Philippi-Davos-Dorf. (Korr.-Bl. Schweiz., 1913, Nr. 38.) Während Verfasser bei mit Lues gepaarter Tuberkulose schlechte Erfahrungen mit Quecksilber gemacht hat und auch nach intravenöser Zufuhr von größeren Salvarsandosen (0,3—0,5 g) reaktive Erscheinungen an den Lungen sah, gibt er jetzt bei Lues mit gleichzeitig bestehender schwerer fieberhafter Tuberkulose III. Grades, falls die Jodbehandlung versagt, intramuskuläre Injektionen von 0,1—0,3 g Salvarsan oder intravenöse Injektionen von 0,1—0,2 g Neosalvarsan ohne Schaden. Valentiner-Leipzig.

Digitized by Google

Die kombinierte Lokal- und Allgemeinbehandlung der Syphilis des Zentralnervensystems, von H. F. Swift und A. W. M. Ellis-New York. (M. m. W., 1913, Nr. 36 und 37.) Um eine intensivere therapeutische Beeinflussung des syphilitischen Prozesses am Zentralnervensystem zu erzielen, führen Verfasser schon seit zwei Jahren Injektionen in den Subarachnoidealraum aus mit Serum von Patienten, welche kurz zuvor eine Salvarsaninfusion erhalten haben. Es hatte sich nämlich aus vorherigen Beobachtungen ergeben, daß solches Serum eine eminente spirochätozide Wirkung ausübt. Das Verfahren ist kurz folgendes: Eine Stunde nach Beendigung der intravenösen Salvarsaninjektion werden 40 ccm Blut dem Patienten entnommen und direkt in Zentrifugengläsern aufgefangen und nach der Gerinnung zentrifugiert. Am folgenden Tage werden 12 ccm des Serums abpipettiert und mit 18 ccm Normalsalzlösung verdünnt. Dieses 40%ige Serum wird dann eine halbe Stunde lang auf 56° erwärmt. Dann wird lumbalpunktiert und soviel Liquor abgelassen, daß der Druck der Zerebrospinalflüssigkeit auf 30 mm reduziert ist. Dann wird die im Subarachnoidealraum liegende Nadel durch einen 40 cm langen Gummischlauch mit einer Luerschen Spritze von 30 ccm Kapazität verbunden. Nun gießt man das Serum in die Spritze (nachdem sich der Schlauch mit Zerebrospinalflüssigkeit angefüllt hat) und läßt dasselbe unter dem Einfluß der Schwere langsam einfließen; eventuell nimmt man für die letzten 5 ccm etwa den Stempel zu Hilfe. Die Resultate, welche mit solchem salvarsanierten Serum im Verein mit der Darreichung von intravenösen Gaben von Salvarsan resp. Neosalvarsan bei Tabes und anderen luetischen Affektionen zu erzielen sind, werden an zwölf ausführlich und 20 summarisch mitgeteilten Fällen geschildert; es ergibt sich daraus, daß die Methode eine sehr wirksame Unterstützung der sonstigen Behandlung darstellt.

Philippi-Salzschlirf.

Eine neue Methode der Behandlung der Syphilis des Nervensystems, von Gurari-Petersburg. (W. kl. W., 1914, Nr. 33.) Der Verfasser hat sich zunächst die Technik und die Beobachtungen von Swift und Ellis zunutze gemacht. Er verfährt in der Weise, daß er dem Patienten intravenös eine konzentrierte Lösung von Neosalvarsan (0,45—0,6) injiziert, nach einer Stunde entzieht er demselben 50 ccm Blut. Nach 24stündigem Stehen gewinnt er 15 ccm Serum, welches inaktiviert und mit dem gleichen Quantum steriler physiologischer Kochsalzlösung versetzt wird. Die Einführung der Flüssigkeit geschieht im Sitzen. Nach Einführung der Lumbalnadel werden 30 ccm Spinalflüssigkeit abgelassen und darauf das Serum mit der entsprechend großen Spritze, an welche ein Gummiröhrchen von 50 cm Länge zwischen ihr und der Lumbalnadel eingeschaltet wird, unter mäßigem Druck injiziert. Der Effekt dieser Therapie war eine teilweise oder vollkommene Reduzierung der WR und ein starkes Herabgehen der Leukozyten im Liquor. Unter fünf Fällen von Myelitis dorsalis wurde einer völlig geheilt, die übrigen mehr oder weniger gebessert. Vier Patienten mit Lues cerebri und Hemiplegien wurden auffallend günstig beeinflußt, ebenso ein solcher mit Tabes.

Vörner-Leipzig.

Moderne therapeutische Methoden bei Syphilis des Nervensystems, von B. Sachs, J. Strauss und D. J. Kaliski-New York. (Am. J. m. sc., November 1914.) Aus einem größeren Material haben Verfasser 120 Fälle ausgewählt, um sie als Grundlage für diese Publikation zu verwenden. Es sind in dieser Zahl einbegriffen 55 Tabesfälle, 20 Fälle von progressiver Paralyse, 41 Kranke mit zerebraler und zerebrospinaler Syphilis, 3 Neuritiden des Optikus und 2 Fälle von spezifischer Spondylitis. Was die Erfolge betrifft, so erklären Verfasser, daß sie von der intravenösen Injektion von Salvarsan reichlich so gute Erfolge gesehen haben wie von der Injektion des Mittels oder des Salvarsanserums in den Subduralraum. Sie fanden eine wichtige Bestätigung dieser

Digitized by Google

klinischen Beobachtung in den Ergebnissen einer von Benedict auf ihre Veranlassung ausgeführten Analyse, indem 24 Stunden nach der intravenösen Injektion von 0,4 Salvarsan die Zerebrospinalflüssigkeit bei vier Fällen erkennbare Mengen von freiem Arsenik enthielt. Die intraspinale Verabreichung von Medikamenten ist nach ihren Erfahrungen keineswegs ganz frei von unerwünschten Zwischenfällen. Die Resultate bei den Tabesfällen waren entschieden ermutigend, und auch bei der zerebrospinalen Lues wurden durch die kombinierte Behandlung mit Salvarsan und Salizylquecksilber bessere Erfolge erzielt als mit anderen Behandlungsmethoden. Die Wirkung bei Optikusatrophie war, der Schwere der Erkrankung entsprechend, nur gelegentlich eine ausgesprochen günstige, und bei der progressiven Paralyse müssen die Erfolge als zum mindesten nicht definitiv bezeichnet werden. Philippi-Salzschlirf.

Die antisyphilitische Behandlung bei Tabes, von A. F. Plicque. (Bull. méd., 1913, Nr. 67.) Der Erfolg einer spezifischen Therapie bei Tabes hängt vor allem mit dem Alter der Krankheit zusammen; bei frischen Fällen wird der Effekt stets besser sein. Bei diesen soll man mit energischen Jod- und Quecksilberdosen vorgehen bei älteren Fällen ist auf die Ausdauer in der Behandlung mehr Gewicht zu legen. Salvarsan scheint rascher und sicherer zu wirken als Quecksilber, doch ist seine Anwendung komplizierter und es scheint öfter das Leiden zu verschlimmern. Durch eine spezifische Kur kann man den progressiven Verlauf der Tabes aufhalten und das Leiden wenigstens bedeutend bessern. R. Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der parenchymatösen Syphilis mittels intrakranieller Eingriffe, von H. Campbell-London. (Lanc., 30. Mai 1914.) Die Ursache der geringen therapeutischen Erfolge bei Dementia paralytica, Tabes und Taboparalyse, bei denen die Spirochäten direkt die Nervenzellen auf dem Wege der perineuronen Lymphräume befallen, liegt, wie C. darlegt, daran, daß der Plexus choroideus für die meisten therapeutischen Mittel vollständig undurchlässig ist. Hierfür hat F. L. Golla verschiedentliche experimentelle Beweise beigebracht. Ferner hat dieser Verfasser durch Injektion von kolloidaler Kohle nachgewiesen, daß eine gewisse Strömung im Liquor cerebrospinalis aus der Schädelhöhle nach dem Wirbelsäulenkanal stattfindet, aber nur in sehr geringem Grade in umgekehrter Richtung. C. hat deshalb seinen Kollegen Ballance veranlaßt den Versuch zu machen, medikamentöse Lösungen direkt in den Seitenventrikel in die Gehirnflüssigkeit einzuführen, worüber dieser auch selbst berichtet hat. Es handelte sich um zwei Fälle von Dementia paralytica und einen Fall von tabischer Optikusatrophie. Beim letzteren schritt allerdings die Erblindung trotz der versuchten Behandlung unaufhaltsam weiter; von den beiden anderen Kranken zeigte wenigstens einer einen deutlichen Nachlaß seiner Symptome nach zweimaliger Einführung von 40 ccm Salvarsanserum in den Seitenventrikel. Verfasser hält die Methode für aussichtsreich, verkennt aber durchaus nicht die vielfachen damit verknüpften Gefahren. Philippi-Salzschlirf.

Verwendung der Ionisierungstherapie bei der Behandlung gewisser venerischer Erkrankungen, von R. Connell-Plymouth. (Brit. m. J., 17. Januar 1914.) Zur Behandlung des Primärsyphilids hat Verfasser die aus einer 2%igen Sublimatlösung durch den galvanischen Strom freigemachten Quecksilberionen außerordentlich wirksam gefunden. Nach gehöriger Reinigung und eventueller Kokainisierung werden mehrere mit Sublimatlösung getränkte Zinkstückchen in möglichst genauer Anpassung der Größe des Ulkus entsprechend auf dieses appliziert; die oberen Zinkschichten sollen den Rand desselben etwas überragen. Als Elektrode dienen passend zurechtgeschnittene Zinkstückchen, die mit dem positiven Pol verbunden werden. Im allgemeinen wird ein Strom von 2—4 MA ohne große Beschwerden vertragen und kann bei der ersten Sitzung fünf Minuten lang angewandt werden; die Sitzungen werden mit Unterbrechungen von

Digitized by Google

3—4 Tagen einige Male wiederholt. Es ist allerdings nicht anzunehmen, daß diese Methode eine Abortivbehandlung der Syphilis bedeutet, aber, wie Verfasser an zehn so behandelten Fällen zeigt, wird die Heilung der Primärgeschwüre sehr erheblich beschleunigt. Andererseits hat Verfasser die Anwendung der Jodionen nach derselben Methode sehr wirksam bei einem sehr refraktären und torpiden Gumma gefunden. Für weiche Schanker wurde die Zinkionisierung teils recht wirksam, bei anderen Fällen wiederum ziemlich erfolglos gefunden. Gute Resultate wurden aber auch bei ausgedehnten Bubonen erzielt. Man füllt die Höhlung mit Watte, die mit einer 2%igen Zinksulfatlösung getränkt ist, wobei die Zinkelektrode in der Weise dazwischen gepackt wird, daß sie nicht mit dem Patienten in Berührung kommen kann. Hierbei kann ein Strom von 20—30 MA eine Viertelstunde bis zu 20 Minuten in der Regel appliziert werden, doch vermindert man die Dosis beim Eintritt von stärkerer Absonderung aus der Wundhöhle. Philippi-Salzschlirf.

Über die Wirkung des Goldes bei der experimentellen Syphilis, von M. Truffi-Savona. (Pathologica, 1913, Nr. 112.) Versuche mit Goldchlorid bei Kaninchen. Die Goldsalze besitzen eine sichere, jedoch nicht radikale präventive und therapeutische Wirkung gegen experimentelle Lues, welche sich einerseits durch eine bedeutende Verlängerung der Inkubationsdauer und andererseits durch ein ziemlich rasches Verschwinden der Spirochäten aus dem Syphilom und durch eine rasche Resorption dieses letzteren äußert. Die Intensität dieser Wirkung ist jedoch nicht mit derjenigen des Arsenobenzols, sondern höchstens mit derjenigen der schwächeren Arsenpräparate oder der Quecksilberpräparate vergleichbar. Die zur Erzielung wirklicher Resultate notwendige Dosis ist gefährlich. Die von Bruck und Glück erzielten Resultate sind hauptsächlich auf das Gold und nur in ganz geringem Maße auf die übrigen Komponenten des von diesen Verfassern angewendeten Salzes zurückzuführen. K. Rühl-Turin.

Beitrag zur Behandlung der Lues mittels Aurumkalium cyanatum, von J. Grünberg-St. Petersburg. (M. m. W., 1913, Nr. 31.) Das Aurumkalium cyanatum hat Verfasser bei vier Fällen angewandt und fühlt sich zu einem weiteren Gebrauch desselben jedenfalls berechtigt. Es kamen bei der Behandlung dieser vier Patienten, abgesehen von leichten Darmstörungen, keinerlei Nachteile vor. Es handelte sich hierbei zweimal um sekundäre Syphilis, einmal um einen Primäraffekt und einmal um Erscheinungen des Spätstadiums. Die Dosis betrug zunächst 0,01 in 50 ccm Wasser als intravenöse Injektion und wurde, wenn es sich zeigte, daß dies gut vertragen wurde, auf 0,03—0,05 gesteigert. Diesen wenigen Beobachtungen kann aber kaum irgend welche Beweiskraft zugesprochen werden. Philippi-Salzschlirf.

Über Lipojodin, von A. Róth-Budapest. (Orv. Hetilap, 1913, Nr. 31.) Verfasser wendete Lipojodin bei 18 Patienten an. Zwei an Lues latens leidende Patienten bekamen drei Wochen Lipojodintabletten, bei denen Jodismus nach 2—3 tägigem Gebrauch eines jeden Präparates in starkem Maße aufgetreten ist. 1. Nach mehrfachen Kuren (Hg, Salvarsan) hartnäckige Kopfschmerzen. Bei Jodkaliumverordnung, Jodismus. Lipojodin verträgt Patientin gut. Drei Tage später hört der Kopfschmerz auf. 2. Ein 26jähriger Advokat mit Ulcus cruris lueticum bekam täglich vier Tabletten. In zwei Wochen war das kleinere Ulkus mit einer Epithelschicht versehen, das größere war ganz rein und mit reinen Granulationen ausgefüllt. 3. Eine Patientin mit drei oberflächlichen Hautgummen bekam 14 Tage lang täglich vier Tabletten. Nach 14 tägigem Gebrauch waren alle gummösen Veränderungen geheilt. 4. Eine 64jährige Hausbesorgerin mit von bräunlichem Grind bedeckten Gumma. Sie nimmt Lipojodin abwechselnd vier und zwei. Nach fünf Wochen trat Heilung ein. Jodismus trat nicht auf. Verfasser erreichte mit sehr kleinen Dosen von Lipojodin eine energischere Wirkung,

Digitized by Google

als mit größeren Dosen anderer Jodpräparate. Der allerletzte Patient nahm in zwei Tagen sechs Tabletten mit einem Jodgehalte von 72 cg, das ist 36 cg pro Tag, dies entspricht 0,5 g KJ. Lipojodin emulgiert sich mit Fetten in allen Proportionen, löst sich im Darm, im Chylus und gelangt durch die Lymphgefäße in die Gewebe, wo die Fette aufgebraucht und verbrannt werden. Lipojodin lagert sich in den Geweben, namentlich in dem kranken (Gehirn, Rückenmark, Fettgewebe, Drüsen usw) ab. Hier verbrennt das Lipojodinfett mit den anderen Fetten. Das reine Jod entfernt sich mit Hilfe der Absonderungsfaktoren, aber größtenteils durch die Nieren und ist als NaJ im Urin nachweisbar.

Porosz-Budapest.

Erfahrungen mit Jodostarin „Roche" bei der Behandlung der Syphilis, von Bäumer-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 28.) Jodostarin ist chemisch charakterisiert als das Dijodid der Taurinsäure. Es wird erst im alkalischen Darmsaft gelöst. Die Giftigkeit des Präparats ist gering. Es ist fast geschmacklos. Nach den Erfahrungen des Verfassers zeigt es eine gute, prompte Wirkung, die Dosis ist nach den einzelnen Fällen zu bestimmen. Es erzeugt keinen oder nur selten Jodismus und ist relativ billig.

Junghanns-Dresden.

Über die Wirkung der Fettsäurejodester bei der Syphilis, von Gerbay. (Gaz. des. hôp., 1914, Nr. 13.) Der Verfasser ging von dem Gedanken aus, ein Jodpräparat zu finden, das im Organismus für längere Zeit fixiert wird und zwar speziell an denjenigen Teilen, an welchen seine Wirkung erwünscht ist. Das Präparat sollte polytrop und speziell neurotrop sein. Nach Loeb und Velden entspricht diesen klinischen Desideraten am besten der ethyldijodobrassidische Ester ($C^{19}H^{39}Cl = Cl - CO^2C^2H^5$), der 41,06% Jod enthält. Der Körper wird gewöhnlich als Lipojodin bezeichnet. Es wird im Darme nicht zersetzt, langsam absorbiert und langsam ausgeschieden. Bei der Untersuchung des Jodgehalts der einzelnen Organe fand sich 12 Stunden nach der Einnahme der Präparate ein besonders starker Jodgehalt des Fettgewebes. Das Mittel ist also lipotrop. Aus den mitgeteilten Krankengeschichten geht hervor, daß das Mittel bei Syphilis von sehr guter Wirkung ist. A. Gunsett-Straßburg.

Antiluetin, ein neues Mittel der Kombinationstherapie und seine therapeutische Wirkung, von M. Tsuzuki, K. Ichibagase, H. Hagashi und Htano-Himeyi (Japan). (D. m. W., 1913, Nr. 21.) Antiluetin (Bitartrato-Kalium-Ammonium-Antimonoxyd) soll nach der Verfasser Angaben eine ausgezeichnete parasitrope und nur wenig organotrope Wirkung haben; sodann folgt eine längere theoretische Abhandlung über die Ursache der spirilloziden Wirkung dieses Mittels, was nach ihren Angaben auf der besonderen chemischen Anordnung des Präparates beruhen soll. Nach folgendem Rezept: Antiluetin 2,5, Cocain. hydrochl. 2,5, Aq. destillat. 100.0 M. D. S. 1—2 ccm subkut. zu injizieren, wurden zahlreiche Versuche mit diesem Mittel am Menschen angestellt. Dieselben sollen von gutem Erfolge gewesen sein. Man kann das Präparat auch noch kombiniert mit den anderen bekannten antisyphilitischen Mitteln geben, was dann seine Wirkung noch steigern soll. Man gibt das Mittel subkutan, am besten in die Gegend zwischen die Schulterblätter in steigenden Mengen von 0,025—0,05, sogar bis 0,1 pro die. Die Dosis therapeutica sterilisans magna beim Menschen ist 0,75 Antiluetin. Fischer-Dresden.

Versuch der Tabes- und Paralysebehandlung mit Injektionen von Syphilitikerserum, von Bériel-Lyon. (Soc. méd. des hôp., 16. u. 23. Januar 1914.) Bériel injizierte bei vier Patienten, zwei Tabikern und zwei Paralytikern, sei es auf lumbalem, sei es auf zerebralem Wege eine gewisse Menge von Serum, das von Sekundärsyphilitikern stammte. Letztere hatten alle eine intravenöse Salvarsaninjektion erhalten und 24 Stunden nach dieser Injektion wurde ihr Serum gewonnen, auf 56° erhitzt und den Tabikern und

Digitized by Google

Paralytikern injiziert. Keine dieser Einspritzungen machte meningeale Reizungen. Außerdem wurde in einem Fall eine Verminderung der Leukozytose im Lumbalpunktat konstatiert. A. Gunsett-Straßburg.

Der jetzige Stand der Quecksilbertherapie, von Max Joseph-Berlin. (Ther. d. Gegenw., Oktober 1913.) Joseph gibt eine genaue Schilderung seiner Syphilistherapie. Bei der ersten Kur neben Salvarsan eine steigende Schmierkur. Bei der zweiten Kur Salizylquecksilberinjektion, dann graues Öl und 40% Kalomel an.

Chrzelitzer-Posen.

Befürwortung intensiverer Quecksilberbehandlung bei Syphilis, von M. Zigler-New York. (New York m. J., 25. Oktober 1913.) Nachdem die allgemeine Ansicht nun wohl dahin geht, daß mehrere Salvarsaninjektionen und daneben auch Quecksilber nötig sind, möchte Z. darauf hinweisen, auf Salvarsan nicht zu großes Vertrauen zu legen und dem letzteren wieder seinen gebührenden Platz als Spezifikum von lange erprobter Wirkung einzuräumen. Der Grund, warum so viele Luetiker unter Quecksilberbehandlung keine Besserung zeigen, liegt für Z. in den zu geringen Dosen, ungeeigneter Anwendung oder in beiden zusammen, und er tritt warm für die Injektionen ein, die sich ihm besonders in Form des salizylsauren Quecksilbers, sowohl in primären wie Spätfällen, deren er einige auffallend rasch zur Heilung gekommen und geheilt gebliebene genauer anführt, bewährt haben. Stern-München.

Die Gefahren der Quecksilberkuren und ihre Verhütung nebst einem Falle von merkurieller Scheidengangrän, von W. Wolffenstein. (B. kl. W., 1913, Nr. 41.) Bei einer während der Quecksilberkur auftretenden Intoxikation steht meist im Vordergrund der Erscheinungen die Erkrankung des Magendarmkanals. Sehr häufig sind ferner bekanntlich Entzündungen der Mundschleimhaut, begleitet von ulzerösen Prozessen in der Mundhöhle und an den Tonsillen. Des weiteren sind die Nieren Schädigungen durch das Quecksilber ausgesetzt, und auch die Haut erkrankt nicht selten an erythematösen und ekzematösen Prozessen. Eine außerordentlich seltene Komplikation ist die merkurielle Scheidengangrän, wovon Verfasser einen Fall beobachtet hat: Bei einer sekundärsyphilitischen 22jährigen Arbeiterin entstand nach einer keineswegs abnorm starken Hg-Kur zunächst eine Stomatitis, dann nach zwei Wochen eine Gangrän der Scheide. Die ganze Wandung stieß sich im Verlauf mehrerer Wochen unter Fieber in Form von jauchigen stinkenden Massen ab, und allmählich erfolgte Heilung mit starker Schrumpfung des Vaginalrohres. Wenn auch zum Glück die große Mehrzahl der Hg-Intoxikationen günstig verläuft, so muß man andererseits feststellen, daß auch Hg-Vergiftungen mit tödlichem Ausgang leider nicht zu den Seltenheiten gehören. Bedenkt man, daß sicherlich eine große Anzahl solcher Fälle aus mancherlei Gründen nie veröffentlicht wird, so mögen die 108 Todesfälle nach Quecksilbermedikation, die Verfasser in der Literatur seit dem Jahre 1883 zusammenstellen konnte, noch weit hinter der Wirklichkeit zurückbleiben. Man kann wohl sagen, daß es kaum ein Quecksilberpräparat und keine Applikationsart des Quecksilbers gibt, die nicht schon in einer Anzahl von Fällen zu schweren und zum Teil tödlichen Intoxikationen geführt hätte. Sogar bei der so milden Welander-schen Säckchenkur ist ein Todesfall vorgekommen und von Wolfsohn veröffentlicht worden. Die Zusammenstellung der in der Literatur mitgeteilten Todesfälle läßt erkennen, daß das Quecksilber ein Mittel ist, das unabhängig von der Zuführungsart und dem verwendeten Präparat unter besonderen Umständen zu einem gefahrbringenden Gift werden kann. G. Heymann-Elbing.

Erhöhung der Verträglichkeit und der Wirksamkeit der Quecksilberbehandlung bei Syphilis, von Bouveyron. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 50.) Verfasser hat Patienten, die wegen Syphilis einer Quecksilberkur unterzogen wurden, gleichzeitig

Digitized by Google

kolloidalen Schwefel in Form von Thionhydrol verabreicht; er gab 1 Eßlöffel = 0,2 Schwefel zwischen zwei Mahlzeiten. Mußte wegen merkurieller Stomatitis die Quecksilberbehandlung ausgesetzt werden, so heilte erstere je nach der Intensität mehr oder weniger rasch ab; bei schweren Stomatitiden war die Einnahme des Medikaments mit verschieden lang anhaltendem Brennen und Speichelfluß verbunden. Wurde die Behandlung mit Quecksilbermengen fortgesetzt, die schon Erscheinungen der Hydrargyrie auslösten, so wurden diese durch den Schwefel beseitigt, wenn nicht zu große Dosen gegeben wurden oder besondere Verhältnisse der Mundhöhle vorlagen. Bei anderen Patienten wurde trotz großer Quecksilbergaben die Stomatitis verhindert. Dabei hindert der kolloidale Schwefel die Wirksamkeit des Quecksilbers nicht im geringsten, sondern unterstützt sie, da er den oft schlechten Allgemeinzustand der Patienten hebt. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Quecksilberresorption bei der Schmierkur, von H. Boruttau-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 29.) Auf Grund von Versuchen an Tieren (Kaninchen) und Menschen, angestellt über die Quecksilberresorption bei der Schmierkur, kommt Verfasser zu dem Resultat, daß die Salbengrundlage des einzureibenden Medikamentes auch ihren Einfluß auf die Resorption hat: die absoluten und Durchschnittswerte der Quecksilberresorption sind beim Hg-Vasogen höher als bei der gleichen Dosis Unguentum cinereum. Das Mehr ist auf stärkere Hg-Resorption von der Haut her zu beziehen, es läßt sich infolgedessen die letztere durch Wahl geeigneter Salbengrundlage beeinflussen und günstiger stellen gegenüber der Hg-Aufnahme durch Einatmung. Franz-Dresden.

Eine sonderbare therapeutische Wirkungslosigkeit des Quecksilbers, von R. Castorina-Catania. (Gazz. degli osped. e delle clin., 1913, Nr. 89.) Verfasser beschreibt einen Fall von Lues, in dem sich verschiedene Quecksilberpräparate wirkungslos erwiesen, während Salvarsan ausgezeichnet wirkte. Da sich während der Hg-Behandlung das Krankheitsbild verschlimmerte, nimmt Verfasser eine schädliche Wirkung des Hg an. (Die vom Verfasser zugunsten dieser Annahme angeführten Beweisgründe sind nicht sehr überzeugend; es scheint sich viel eher um eine Infektion mit einem sehr virulenten quecksilberfesten Spirochätenstamm gehandelt zu haben. K. Rühl-Turin.

Quecksilberbehandlung der Spirillosen (Hühnerspirillose und Kaninchensyphilis), von L. Launoy und C. Levaditi. (Compt. rend. soc. Biol., Bd. 74, S. 18.) Verfasser haben die Diazethylderivate des Dioxydiphenylmerkur einer Untersuchung unterzogen; die tödliche Dosis liegt bei 0,04—0,05 pro kg Körpergewicht. Das Mittel gestattet große Mengen von Quecksilber in den Körper einzuführen. Bei syphilitischen Kaninchen fanden die Verfasser einen deutlichen, rapiden therapeutischen Effekt.

R. Frühwald-Leipzig.

Weitere Mitteilung über den Verlauf der mit Quecksilber frühbehandelten Syphilisfälle, von G. Scherber. (W. kl. W., 1913, Nr. 50.) Genaue Beobachtung einer Anzahl von Fällen der Fingerschen Klinik, die frühzeitig und sehr ausgiebig mit Quecksilber behandelt wurden, hat gezeigt, daß in einem Teile der Fälle es gelingt, die klinischen Erscheinungen völlig zu unterdrücken und den Blutbefund dauernd negativ zu erhalten, in dem größeren Teile der so behandelten Fälle das Auftreten von Lueserscheinungen zu vermindern und den Verlauf der Erkrankung zu mildern. Im großen und ganzen waltete der Eindruck vor, daß, wenn das erste Jahr bei intensiver Behandlung und hygienisch gutem Verhalten symptomfrei vorübergegangen, es im allgemeinen gelingt, entsprechend individuell weiter behandelte und beobachtete Patienten auch weiterhin klinisch und serologisch frei zu erhalten. W. Lehmann-Stettin.

Heilung eines Syphilitischen durch Quecksilber, von J. Bayard Clark-New York. (M. Record, 28. März 1914.) Ein 27jähriger kräftiger Mann, der wegen syphilitischer Roseola einer intensiven Schmierkur unterzogen wurde, zeigte sechs Jahre

Digitized by Google

später keinerlei klinische Zeichen, noch positiven WASSERMANN, trotzdem in der Zwischenzeit keinerlei Kur wieder vorgenommen worden war. Die Blutuntersuchung wurde ein halbes Jahr später und nach einem weiteren Jahre wiederholt und war ebenfalls negativ. Verfasser schließt hierauf, daß eine Therapia sterilisans magna nicht nur durch Arsen, sondern auch durch Quecksilber erreicht werden kann. W. Lehmann-Stettin.

Übermaximale Injektion von benzoesaurem Quecksilber bei der Behandlung der Syphilis, von EHLERS. (XIII. Int. m. Kongr., 1913.) Verfasser ging von der Ansicht aus, daß die ausgezeichneten Erfolge mit Salvarsan weniger von der Eigenart des Mittels, als von den heroischen Arsendosen, die mit ihm injiziert wurden, abhängig seien. Deshalb legte er sich die Frage vor, ob nicht mit starken Quecksilberinjektionen derselbe Ictus therapeuticus erzielt werden könnte. Zu diesem Zwecke bediente er sich einer 2%igen Lösung von benzoesaurem Quecksilber; er injizierte in steigenden Dosen und kam schließlich bis 0,25. Der Effekt auf Primäraffekte, ulzeröse Läsionen und Roseolen war hervorragend; in 1—2 Tagen trat Heilung ein. Papulöse Effloreszenzen waren etwas resistenter. Bei Primäraffekten mit negativem WASSERMANN, konnten die Sekundärerscheinungen hintangehalten und jener negativ erhalten werden. An üblen Nebenwirkungen wurde Stomatitis, Dermatitis und Kolitis beobachtet; von letzterer endete eine tödlich. Verfasser rät der Einreibungskur eine supermaximale Quecksilberinjektion vorauszusenden; diese soll 0,0025 pro kg Körpergewicht, d. i. 0,2 für Männer und 0,15 für Frauen, betragen. R. Frühwald-Leipzig.

Die intravenöse Behandlung mit Quecksilber bei Syphilis, von JEROME KINGSBURY und PAUL E. BECHET-New York. (J. Am. m. Assoc., 1914, Bd. 68, Nr. 7.) Die Verfasser haben intravenöse Hg-Injektionen vielfach bei Fällen von Hautsyphilis angewendet. Die besten Resultate wurden mit Sublimat erreicht, pro Dosis 0,01—0,02 in destilliertem Wasser gelöst, im Durchschnitt 6 Injektionen pro Fall. Aber auch das Benzoat wurde angewendet, wenn auch mit etwas geringerer Wirkung. Die Vorteile dieser Methode sind: unmittelbare Einführung des Heilmittels in den Blutkreislauf, schnelle therapeutische Wirkung, genaue Dosierung und Schmerzlosigkeit. Gelegentlich kommen Phlebitis und Periphlebitis vor, doch meist nur nach zu stark konzentrierten Sublimatlösungen. Vorübergehende Folgen sind zuweilen Ptyalismus und Durchfall. Lang andauernde schwere Eruptionen, unter anderem auch eine 10jährige Psoriasis palmaris, verschwanden oft schon nach 2—3 Injektionen. F. John-Leipzig.

Therapeutische Erfahrungen mit einigen neueren, löslichen Quecksilberpräparaten, von M. GLOUK-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 34.) Hydrargyrum benzoicum, Asquirol, Asurol und Enesol werden ungünstig begutachtet; ihre Wirkung ist gering, so daß sie höchstens in Kombination mit Salvarsan und als Ersatz anderer Hg-Salze bei Idiosynkrasie gegen diese in Frage kommen. Bessere Resultate erzielte der Verfasser mit Embarin; zwar entfaltet auch dieses keine überraschende Wirksamkeit, aber es läßt nicht vollkommen im Stich. Der Verfasser injizierte es in Dosen von 1—3 ccm in die Glutaei alle zwei Tage. Nie sah er stärkere Reaktionserscheinungen, niemals einen Abszeß. Er empfiehlt es speziell für leichte, schonende Kuren. G. Mühlstein-Prag.

Klinische Erfahrungen mit Embarin, von H. SOWADE-Halle a. S. (D. m. W., 1913, N. 20.) Embarin ist ein lösliches Hg-Salz. Es ist eine genau 3% Quecksilber enthaltene Lösung des merkurisalizylsulfonsauren Natriums mit einem Zusatz von ½% Akoin. Es ist ein gut und besonders schnell wirkendes Antisyphilitikum und kann kombiniert mit Salvarsan gegeben werden. Zuweilen aber sieht man doch sehr heftige Nebenwirkungen auftreten, wie hohes Fieber, Schüttelfrost, Schwindelanfälle, Erbrechen

Digitized by Google

oder gar Kollaps. Deshalb dürfte wohl bei dem Gebrauche von Embarin etwas Vorsicht am Platze sein. Fischer-Dresden.

Über die Behandlung der Syphilis mit Embarin, von Anton Gappisch-Leipzig. (M. Kl., 1913, Nr. 34.) Das Embarin, das gebrauchsfertig in Phiolen zu 1,2 g in den Handel kommt, ist eine 3% Hg enthaltene Lösung des merkurisalizylsulfonsauren Natriums mit einem Zusatze von ½% Akoin als Anästhetikum. Gappisch hat an 20 Fällen der Klinik Rille mit den verschiedensten Symptomen und in den verschiedenen Stadien der Lues Versuche mit Embarin angestellt und spricht sich zufrieden darüber aus. Die Injektionen sind fast schmerzlos, werden gut vertragen, zeigen keine Infiltratbildung. Stomatitis kam selten vor; ebenso wurden Diarrhöen, vorübergehende Albuminurie, Temperatursteigerungen, Schwäche mit Gelenkschmerzen nur selten und dann schnell vorübergehend beobachtet. Zwei Fälle, in denen es zu bedrohlicher aussehenden Intoxikationserscheinungen (Fieber, Durchfälle, Ödem der Augenlider, skarlatiniformes Exanthem usw.) kam, sind wohl als Idiosynkrasien gegen das Embarin resp. gegen die Kombination von Embarin mit Akoin aufzufassen. Die Resultate der Embarinbehandlung waren fast stets gute, oft überraschend schnell eintretende; wo das Embarin versagte oder sehr langsam wirkte, spielte meist die mangelnde Sorgfalt der Patienten eine große Rolle; in einigen Fällen versagte auch dann das Salvarsan, so daß man es sicher mit ganz besonders schwer zu beeinflussenden Erkrankungen zu tun hatte. Vier beigefügte Krankengeschichten geben einen guten Überblick über den Verlauf der mit Embarin behandelten Fälle. Lasch-Breslau.

Über Erfahrung mit Embarin, von M. Salomonski-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 36.) Verfasser hält Embarin für ein gut wirkendes antisyphilitisches, lösliches Hg-Präparat; doch erwähnt er auch, daß mitunter sehr unangenehme Nebenwirkungen, wie hohes Fieber, Erbrechen, unregelmäßiger Puls, Kopfschmerzen heftigster Art, Schwindel bei der Anwendung desselben zu beobachten waren. „Daher Vorsicht am Platze bei Embarin." Fischer-Dresden.

Erfahrungen mit Embarin in der Privatpraxis, von v. Planner-Graz. (D. m. W., 1913, Nr. 40.) Embarin ist eine 6⅔%ige merkurisalizylsulfonsaure Na-Lösung mit einem anästhesierenden Akoinzusatz; 1 ccm Embarin enthält 0,03 metallisches Hg, es übertrifft also alle anderen löslichen Injektionsmittel an Hg-Gehalt. Örtlich wurde es gut vertragen, es bildet keine Infiltrate. Bezüglich der Allgemeinwirkung führt es zuweilen zu ganz enormen Temperatursteigerungen mit Kopfschmerzen, Mattigkeit, Appetitslosigkeit verbunden. Verfasser hat das Mittel in 34 Fällen versucht, fünf Männer und drei Frauen vertrugen es absolut nicht, es ist dies ein Mißerfolg von 23,5%. Demgegenüber ist zu betonen, daß in zwei Fällen Embarin ganz gut vertragen wurde, während vorher kein anderes Mittel, insbesondere Asurol und Enesol, vertragen wurde. Da er stets die kombinierte Neosalvarsan-Embarinkur anwandte, so kann er keinen rechten Schluß auf die Einwirkung des Mittels auf die WR ziehen. Im ganzen findet er das Embarin als ein sehr wirksames Hg-Präparat, das auch bei zarten Individuen angewandt werden kann, da es örtlich gut vertragen wird, nur muß vorsichtig tastend vorgegangen werden. Junghanns-Dresden.

Erfahrungen mit Embarin Heyden, von E. Kobligk-Berlin. (D. m. W., 1914, Nr. 9.) Embarin ist eine 3% Hg enthaltende sterile Lösung von quecksilbersalizylsulfonsaurem Natrium mit Akoinzusatz. Die Glasampullen enthalten 1,2 ccm. Es gewährt alle Vorteile der löslichen Quecksilbersalze, steht aber hinsichtlich seiner Wirkung den unlöslichen Quecksilbersalzen, z. B. dem Hydr. salicyl., doch nach. Seine Vorteile sind: geringe Schmerzen, selten Infiltratbildung, gute Resorbierbarkeit; außerdem tritt sehr selten eine Stomatitis mercurialis auf. Haller-Dresden.

Digitized by Google

Syphilisbehandlung mit Embarin, von R. Polland. (Ther. d. Gegen., April 1914.) P. empfiehlt das Embarin, „weil es bei einer hinter anderen Präparaten nicht zurückstehenden Wirksamkeit eine tatsächlich schmerzlose Behandlung gestattet, die einerseits der Löslichkeit und guten Resorbierbarkeit des Präparats und andererseits dem Akoinzusatz zuzuschreiben ist". P. gibt wöchentlich 3 Injektionen (je eine Originalphiole von 1,2 g), im ganzen 12—15. Im auffallenden Gegensatz zu der in dieser Zeitschrift (1914, Nr. 12) von Fürth hervorgehobenen relativ hohen Unverträglichkeit des Embarins, den oft sehr bedeutenden Störungen des Allgemeinbefindens (Temperatursteigerungen bis zu 40°, heftige Kopfschmerzen, Erbrechen usw.), gibt P. an, daß er Intoxikationserscheinungen (außer Diarrhöe bei einzelnen Fällen) und Alteration des Allgemeinbefindens nicht wahrgenommen habe. E. Brinitzer-Altona.

Zur Syphilisbehandlung mit Embarin, von Wilhelm Balban. (W. m. W., 1914, Nr. 21.) Embarin ist eine 6 2/3 %ige Lösung von merkurisalizylsulfonsaurem Natriums, dem 1/2 % Akoin zugesetzt ist. Der Vorteil einer derartigen Kur liegt besonders in ihrer Schmerzlosigkeit. Das Präparat wird meist gut vertragen, Störungen betreffen hauptsächlich das Nervensystem und den Darmtrakt. Die bedenklicheren sind von Temperatursteigerungen begleitet. Vörner-Leipzig.

Merlusan, ein neues inneres Antisyphilitikum, von A. Róth-Budapest. (Budapesti Orv. Ujsag, 1913, Nr. 48.) Bei den Forschungen Buchtalas und Matzenauers stellte es sich heraus, daß Quecksilber mit der Vereinigung mit Tyrosin (Paraoxyphenyl-a-Aminopropionsäure) kein Gift ist. Merlusan ist in schwachen Säuren unlöslich und so löst es sich auch nicht in Magensäure; in Alkohol und alkalischen Darmsäften löst es sich, aus welcher Lösung es mit Schwefelhydrogen keinen Niederschlag gibt. Es kommt in Tabletten in Verkehr und eine Tablette enthält 0,03 Merlusan, was 42 % Quecksilber entspricht. Verfasser machte an 20 Fällen Versuche, als Tagesdose gab er Männern 4, Frauen 3 Merlusantabletten. Die Heilwirkung des Merlusans steht über den bisher benutzten Präparaten insofern, als es die auf der Haut und der Schleimhaut sich zeigenden Symptome viel rascher verschwinden läßt, ohne daß sich bei seiner Benutzung stärkere toxische Symptome zeigen würden. In einem Falle war Verfasser bemüßigt, wegen hochgradiger Diarrhöe zu anderer Behandlung überzugehen. In zwei Fällen war die zweitägige Diarrhöe nicht so hochgradig, daß eine besondere Behandlung notwendig geworden wäre. Schwache Stomatitis in fünf Fällen trat bei einfachen Arbeitern auf, bei denen auf die Pflege des Mundes weniger geachtet wird. Nach den Untersuchungen fand Verfasser in dem ersten Urin — nach 24 Stunden — nach Einnahme von 3 Merlusantabletten 0,5 mg Quecksilber. Vergleichende Untersuchungen (zehntägige) nahm Buchtala bei der Einreibungskur nach dem Gebrauche des Hydrargyrum salicylicum, des Mergals und des Merjodins vor und kam zu dem Resultat, daß die Quecksilberaufsaugung bei der inneren Anwendung des Merlusans größer als bei der Inunktionskur ist, ebenso groß, aber ständiger, wie bei der intramuskulären Injektion des Hg salicylicum, und viel größer, als bei der Benutzung von Mergal oder Merjodin. Die lokale Behandlung der luetischen Veränderungen verließ er absichtlich und erhielt doch in jedem Falle eine rasche Wirkung. Nur in zwei Fällen nahm er Rückfälle wahr. In den meisten Fällen veränderte sich der positive Wassermann nicht; aber daß intensivere Merlusanbehandlung den Wassermann zu verändern imstande ist, zeigt ein Fall. Dieses neue Heilmittel öffnet der inneren Behandlung der Lues einen größeren Spielraum als bisher. Als wirksames Antiluetikum wird es bei den Luetikern der Arbeiterklasse gern verordnet werden, die die Inunktion gern vernachlässigen und die die Injektionen der Arbeit und der Schmerzhaftigkeit wegen stören und die deshalb ihre Behandlung sehr oft vernachlässigen.
Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Die „Emi-Kur". Die Resultate der Syphilisbehandlung mit Hg-Inhalation, von C. Engelbreth. (Ugeskrift for Laeger, 1914, Nr. 24.) „Die reine Hg-Kur ist unser bestes Spezifikum gegen Syphilis, die uralte Schmierkur aber ist ganz veraltet und muß von dosierbaren Hg-Inhalationen abgelöst werden." Hiervon ausgehend hat Verfasser einen Inhalationsapparat konstruiert, den Emi-Apparat (Engelbreths Merkur-Inhalator), in welchem Luft von 60° Wärme einen Zylinder durchströmt, der mit präzipitiertem, reinem Hg inbibierte Holzwolle enthält. Durch Experimente hat Verfasser erwiesen, daß die Hg-Dose von der inhalierten Luftmenge und der benutzten Zeit abhängt; für jede Minute ca. 1,5 mg Hg. Als die Vorteile der Methode hebt er hervor: es bilden sich keine gefährlichen Hg-Niederlagen, man ist vollständig Herr der Resorption; es wird das reine Hg benutzt, das bei der Inhalation direkt in das arterielle Blut überführt wird (? Ref.). Die Inhalation dauert von 20—60 Minuten, und wird 25—30 mal einmal täglich gemacht. Für die Behandlung von Unruhigen oder Blödsinnigen (Paralysis) will Verfasser Inhalationszimmer, mit Hg-Dämpfen gefüllt, einrichten. Der Erfolg im ganzen wird vom Verfasser als der früheren Hg-Behandlung bei weitem überlegen angegeben. (Näheres über die Fälle liegt nicht vor, weder über WR und ihre Verhältnisse von, während und nach der Behandlung, noch über Rezidive usw. Der Ref.)

W. Holland-Kristiania.

Ein neues Quecksilberpräparat für die Syphilisbehandlung (Hydrargyrum sulfamin-dimethylphenylpyrazolon, Argulan), von Rodolfo Stanziale-Neapel. (Riforma m., 1913, Nr. 30.) Der Verfasser hat das von Kolle in die Luestherapie eingeführte Argulan in einer großen Reihe von Fällen durchprobiert. An Wirksamkeit fand er dieses Präparat kaum dem Kalomel nachstehend, auch sind Schmerzhaftigkeit und lokale Reaktion geringer als beim Kalomel.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Bedeutung des Mergals für die modere Syphilistherapie, von R. Peters. (W. kl. W., 1913, Nr. 47.) Verfasser empfiehlt Mergal angelegentlich für Zwischenkuren, um den Organismus dauernd unter Quecksilberwirkung zu halten. Es wird meist sehr gut vertragen und wirkt bei sekundärer und tertiärer Syphilis prompt und sicher. Nur bei Erkrankungen des Nervensystems zeigte sich kein Erfolg. Die Befürchtung der Angewöhnung der Spirochäten an das Mittel hat Verfasser nicht bestätigt gefunden.

R. Frühwald-Leipzig.

Über das interne Antiluetikum Mergal und seinen Einfluß auf die Wassermannsche Reaktion, von G. Gavini-Bologna. (M. m. W., 1913.) Mergal ist ein gutes internes Antiluetikum von beständiger Wirksamkeit und wird bemerkenswert gut vertragen. Seine Einwirkung auf das syphilitische Virus ist eine prompte, wenn man die Art des Eingebens berücksichtigt, und sie wird bestätigt durch die klinische Erfahrung sowie durch den Einfluß, den sie auf die Wassermann-Reaktion ausübt.

Chrzelitzer-Posen.

Über die innerliche Darreichung von Quecksilber bei Syphilis mit besonderer Berücksichtigung des Merjodins und der Hg-Glidine, von August Horn. (Diss., Würzburg 1913.) Zusammenfassung: 1. Die Nebenerscheinungen sind bei der Hg-Glidine etwas stärker als beim Merjodin. Das erklärt sich ohne weiteres aus dem verschiedenen Hg-Gehalt und entspricht diesem so ziemlich. Daraus, daß diese Präparate bei wesentlich geringerem Hg-Gehalt (etwa 4—8 mal) als Mergal die gleichen Störungen hervorrufen, könnte man einmal auf eine wesentlich stärkere Wirkung bzw. eine weit bessere Ausnützung schließen. Denn die von Hoehne (Arch. f. Derm., 1907, Bd. 87) festgestellte Verträglichkeit sehr hoher Mergaldosen spricht unbedingt für eine sehr mangelhafte Ausnützung des Präparates. Verfassers Beobachtungen lassen sich allerdings mit denen Hoehnes nicht ohne weiteres vergleichen, da vielleicht die Stärke der Neben-

Digitized by Google

wirkungen bzw. ihr Auftreten bei geringerer Hg-Dosis (die aber auch für die innerliche Behandlung allein angegebenen entspricht) durch die gleichzeitige Einreibungskur mitbedingt sein könnte. Die beobachteten Nebenwirkungen waren im allgemeinen mäßige und nur vorübergehende. 2. Das Körpergewicht wurde in einem Drittel aller Fälle ungünstig beeinflußt und zwar vollkommen Hand in Hand gehend mit der Stärke der Nebenwirkungen. 3. Die Dauer der Behandlung wurde, soweit sich das nach einer geringen Zahl durchwegs nicht schwerer Fälle sagen läßt, durch die neben Einreibungskuren durchgeführte innerliche Behandlung nicht abgekürzt, die Intensität der Behandlung also nicht irgendwie wesentlich verstärkt. Das zeigte sich auch im Ausfall der Wassermannschen Reaktion am Schluß der Behandlung. Die Zahl der negativen Reaktionen wurde nicht erhöht. Die Erfahrungen des Verfassers mit Merjodin und Hg-Glidine sprechen nicht dafür, daß mit diesen Präparaten für die innerliche Syphilisbehandlung mehr erreicht wird wie mit den früher gebräuchlichen. In geringeren und dementsprechend weniger wirksamen Dosen gegeben, werden sie vom Magen-Darmkanal aus verhältnismäßig gut, vielleicht auch besser als die alten Präparate vertragen und eignen sich deshalb vielleicht zu Nachkuren oder Zwischenkuren ganz gut. Zur Behandlung von frischen Erkrankungen aber, wobei es darauf ankommt, das Syphilisgift schnell und energisch zu bekämpfen, sind sie wie Mergal sehr wenig geeignet, auch in Verbindung mit Salvarsan, weil sie in vielleicht wirksamer Dosis in sehr vielen Fällen ziemlich heftige Reizerscheinungen, besonders von seiten des Magen-Darmkanals hervorrufen. Die Beschwerden sind im allgemeinen dieselben wie bei den älteren, längst wieder verlassenen, internen Mitteln. Es sei allerdings nicht zu verkennen, daß diese Präparate mit jenen alten verglichen, weniger Störungen machen und so schon einen Fortschritt bedeuten; zur endgültig befriedigenden Lösung der Frage einer brauchbaren internen Syphilisbehandlung ist aber noch ein weiter Schritt. F. Loeb-München.

Gebrauch und Mißbrauch von Salvarsan und Quecksilber bei Syphilis, von E. C. Burrows-New York. (M. Record, 3. Januar 1914.) Salvarsan sollte nie bei Patienten gebraucht werden, die Zeichen von Kachexie oder schwerer Darmerkrankung darbieten, ebensowenig bei Anzeichen zerebrospinaler Erkrankung, bei gleichzeitiger Influenza usw. Die Behandlung sowohl mit Quecksilber als Salvarsan sollte nie eine zu milde sein, besonders nicht in sogenannten milden Fällen früher Syphilis. Der Wassermann sollte bis zu zwei Jahren nach Aussetzen der Behandlung geprüft werden; nach dieser Zeit betrachtet Verfasser gut behandelte Fälle, die negativ geblieben sind, als geheilt. W. Lehmann-Stettin.

Über eine Anzahl länger beobachteter Fälle von Lues, die mit Salvarsan und Hg behandelt wurden, von Hermann Mirgel. (Diss., Bonn 1912.) Schlußsätze: 1. In zwei Punkten zeigt sich die Überlegenheit des Salvarsans über das Hg. Einmal in der außerordentlichen Schnelligkeit seiner Heilwirkung, dann in der großartigen Wirkung besonders auf die schweren Formen von Lues, bei denen das Hg bisher versagte. 2. Gefährliche Nebenwirkungen kommen dem Mittel bei richtiger Technik nicht, oder doch nur sehr selten zu. 3. Temperatursteigerungen werden, seitdem das Wasser kurz vor der Injektion destilliert wird, gewöhnlich nur bei einem Teil der zum erstenmal gespritzten Syphilitiker und selten bei wiederholter Injektion beobachtet. 4. Als beste Kur hat sich die von Hoffmann zuerst empfohlene kombinierte Salvarsan-Hg-Behandlung herausgestellt, bei welcher 3—5 Salvarsaninjektionen bei 6—8tägiger Wiederholung gegeben werden und zugleich eine gründliche Hg-Behandlung (36—40 Einreibungen oder 12—15 Hg-Salizylspritzen) durchgeführt wird. 5. Hierbei schwinden nicht nur die schwersten Symptome am allerschnellsten, sondern auch die Wassermannsche Reaktion wird auf diese Weise am besten beeinflußt. Auch ist diese kombinierte

Digitized by Google

Kur für die Frühbehandlung die bei weitem aussichtsvollste und scheint in einer großen Zahl von Fällen die volle Ausheilung mit einem Schlage, soweit das bisher überhaupt beurteilt werden kann, herbeizuführen. 6. Nach dieser kombinierten Behandlung erscheinen Rezidive gewöhnlich erst nach sechs Monaten, jedenfalls viel später als nach kräftiger reiner Hg-Behandlung. 7. Neurorezidive treten nach dieser Therapie sehr selten auf und haben sich dann stets durch Wiederholung derselben Behandlung gut beseitigen lassen. F. Loeb-München.

Beitrag zur modernen Luesbehandlung. Zwei neue Arsen-Quecksilberpräparate, von A. Herzfeld-New York. (New York. m. Mschr., Januar 1914.) Präparat I besteht aus einer Aufschwemmung von 12 g salizyls. Quecksilber. 100 ccm einer 1% igen Lösung von arseniger Säure in kaustischer Soda, welcher Mischung 15% reines Glyzerin zugesetzt ist. Die zweite Arsen-Quecksilberlösung ist eine Lösung von Hydrargyrum cyanatum c. p. in oben beschriebener 1% iger Arsen-Sodalösung, in der Proportion 1 : 60. Beide Präparate sollen reizlos sein und nach 15 Injektionen Wassermann negativ machen. Neben diesen Injektionen verabreicht Verfasser Chinin. hydrochlor. à 0,25—0,5, 2—3 mal täglich intern. Peyser-Harburg.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Desinfektion der Haut mit Sterolin bzw. Jod-Sterolin, von Richard Frank. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 30.) Sterolin hat folgende Zusammensetzung: Balsam. Peruvian. 4,0, Ol. Ricini, Terebinth. venet. (communis) āā 2,0, Glyzerin 1,0, Spirit. vini conc. 100,0. Mit dieser Mischung wird das Operationsfeld ohne besondere Vorbereitung mit sterilen Tupfern 1—2 Minuten abgerieben. Nun wartet man bis die Lösung an der Haut angetrocknet ist. Zweckmäßig wird diese Wartezeit durch ein analoges Abreiben der Hände und Unterarme des Operateurs ausgenutzt. Jetzt wäscht man mit frischen Sterolintupfern das Operationsfeld nochmals ab. Danach zum zweiten Male Abwaschen der Hände mit gewechselten Sterolintupfern. Sobald Hände und Operationsfeld vollkommen trocken sind, kann mit der Operation begonnen werden. Im Gegensatz zur Jodtinktur-Desinfektion verursacht Sterolin weder eine Verfärbung der Haut noch Ekzembildung oder lamellöse Desquamation. Sterolin ist nicht klebrig und greift die Hände auch bei täglichem Gebrauch nicht an. Die Erfolge waren fast stets einwandsfrei.
E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Priv.-Doz. Dr. Victor Blum-Wien und Dr. Hugo Guth-Karlsbad wurden zu Oberärzten, Assistent Dr. Maximilian Schramek-Wien zum Landsturm-Regimentsarzte ernannt.

Prof. Karl Zieler-Würzburg ist als Stabsarzt bei einem Feldlazarett des VI. Reserve-Armeekorps tätig.

Stabs- und Regimentsarzt Dr. Rudolf Krösing-Stettin hat das Eiserne Kreuz erhalten.

Dr. James Sullivan Howe, Professor der Dermatologie am Tufts College Medical School zu Boston und konsultierender Dermatologe am Boston City Hospital und Boston Dispensary ist in Brookline, Mass. am 22. November im Alter von 56 Jahren gestorben.

Prof. Alfred Tournier in Paris ist Ende Dezember, 82 Jahre alt, gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. Februar 1915 | Nr. 6 | Band 60

Aus der dermatologischen und venereologischen Klinik der Kgl. Universität Turin (Vorstand Prof. S. Giovannini).

In bezug auf Sitz, Anzahl und Volumen abnorme subkutane syphilitische Hautgummata.

Von

Dr. Artur Fontana, Dozent und Oberassistent.

(Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. med. K. Rühl, Turin.)

(Mit 4 Abbildungen.)

Wir hatten im vorigen Frühjahr Gelegenheit, in unserer Klinik einen sehr interessanten Fall von Lues tertiaria zu beobachten. Ich halte es für lohnend, über denselben hier zu berichten.

C. B., Fuhrmann, 55 Jahre alt, aus Casalborgone. Wird am 12. Mai 1914 in die Klinik aufgenommen.

Die Anamnese ergibt nichts Wichtiges, abgesehen von einer gonorrhoischen Infektion im Alter von 20 Jahren und von Geschwüren, von unbestimmter Natur, von denen Patient einmal im Alter von 30 und einmal in demjenigen von 40 Jahren heimgesucht wurde. Später wurde sein geschlechtlicher Verkehr ein immer seltenerer, bis er vor 7—8 Jahren vollständig darauf verzichtete. Er gibt an, nie gewußt zu haben, syphilitisch infiziert worden zu sein. Auch hat er nie am eignen Körper verdächtige Erscheinungen beobachtet.

Gegenwärtige Krankheit hatte angeblich im Oktober 1912 ihren Beginn; zu jener Zeit beobachtete Patient auf der Brust, in der Gegend des Processus xiphoideus, das Auftreten von einer harten, beweglichen, schmerzlosen Erhabenheit, die langsam größer wurde und im Laufe von zwei Monaten die Größe eines Hühnereies erreichte; die Haut über der Erhabenheit wurde rot und ulzerierte sich, und es floß eine ziemliche Menge von einer eitrigen Flüssigkeit heraus; es entstand auf diese Weise eine tiefe, mehr als eine fünffrankenmünzegroße Ulzeration, die nach ungefähr sechsmonatiger lokaler Behandlung mit Jodtinktur und Verabreichung von Jodkalium per os vernarbte.

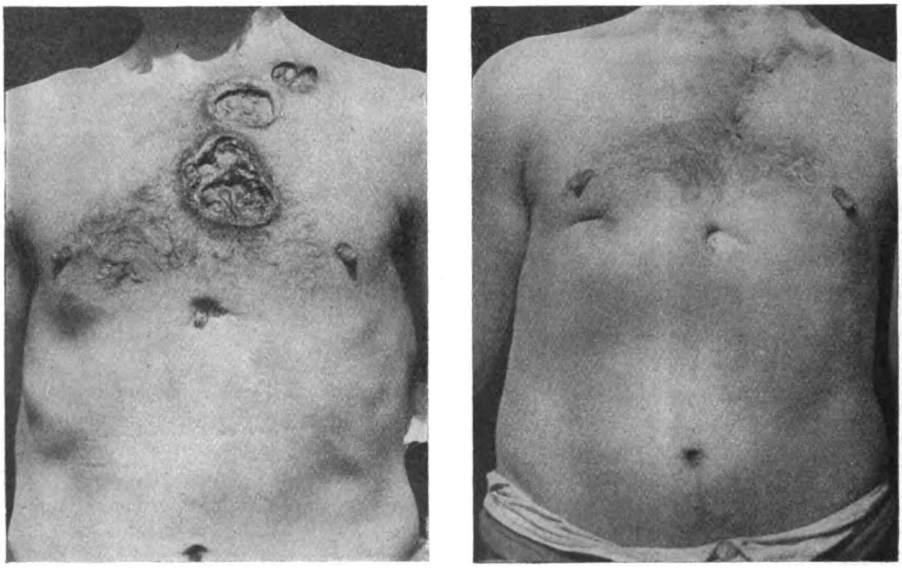
Während mehrerer Monate blieb Patient frei von Symptomen; im Juli 1913 entwickelten sich hier und da auf der Brust und dem Rücken zahlreiche Knoten, die zum Teil langsam an Volumen zunahmen und zum Teil sich ulzerierten. Patient wurde in diesem Stadium in unsere Klinik aufgenommen.

Status praesens: Kräftig aussehender Mann, regelmäßiger Skelettbau, ziemlich reichliches Unterhautfettpolster, gesunde Eingeweide, keine allgemeinen Störungen.

An der Brust und an dem Rücken beobachtet man zahlreiche Ulzerationen und Schwellungen; dagegen sind der Kopf, der Hals, die Vorderfläche des Abdomens und die oberen und unteren Gliedmaßen frei von Alterationen.

Digitized by Google

In der oberen Hälfte der Vorderseite der linken Brusthälfte, zwischen dem Akromioklavikulargelenk und einer wagerechten Linie, die der sternalen Insertion der vierten Rippe entspricht, beobachtet man drei weite Ulzerationen (Fig. 1). Die am höchsten liegende nierenförmige, ist wahrscheinlich durch das Zusammenfließen von zwei kleineren entstanden und hat fast die Größe eines Fünffrankenstückes; die mittlere, die mit ihrem oberen Rande das Schlüsselbeinbrustbeingelenk zum Teil bedeckt, hat eine ovale Form mit horizontalem Längsdurchmesser und ist etwas größer als ein Fünffrankenstück; die unterste handtellergroße hat ungefähr die Form eines Herzens, dessen Basis nach oben gewendet ist, während die nach unten links gerichtete Spitze mehr oder minder dem Treffpunkt der vierten Rippe mit der Parasternallinie entspricht. Alle drei Geschwüre sind stark ausgehöhlt und haben infiltrierte, gefranste, scharf geschnittene



Vor der Behandlung. Nach der Behandlung.

Fig. 1.

Ränder; ihr Grund ist uneben und buchtig und mit gelblichem Detritus von nekrotisiertem Gewebe bedeckt, zwischen welchem hier und da einzelne fleichige Knötchen sichtbar sind.

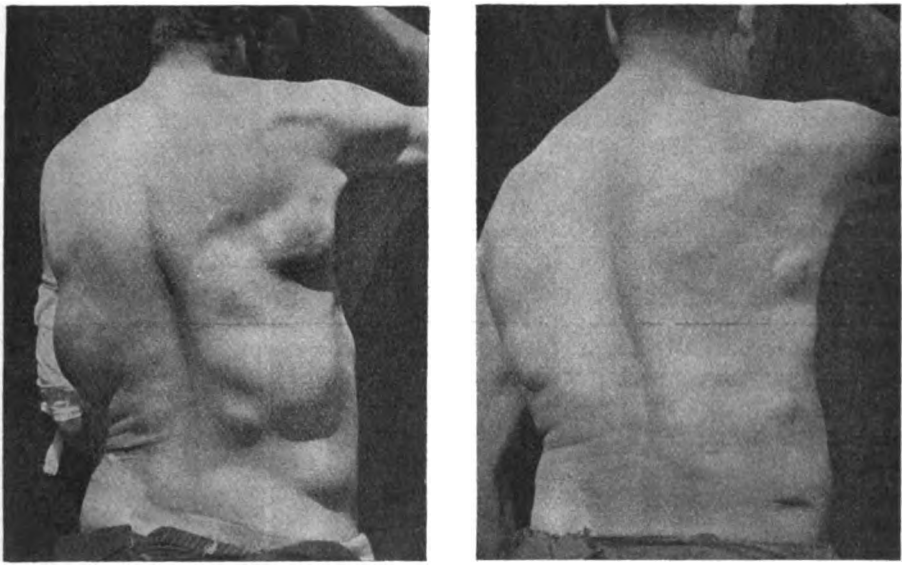
In der Gegend des Processus xiphoideus ist eine weite, mehr als talergroße Narbe mit eingesunkenem, mit dem unterliegenden Gewebe fest verwachsenem Zentrum und unebener, von Streifen von erhabener Haut durchzogener und durch Knötchen fibrösen Aussehens unterbrochener Fläche vorhanden.

An der rechten Thoraxhälfte beobachtet man in der Gegend des rechten Akromioklavikulargelenkes eine taubeneigroße, von rötlichvioletter Haut bedeckte Schwellung; eine zweite ähnliche, haselnußgroße Schwellung hat im vierten Interkostalraum ihren Sitz und eine dritte, wallnußgroße, stark erweichte und entzündete findet sich im sechsten Interkostalraum auf der L. mammillaris.

Auf dem Rücken (Fig. 2) beobachtet man nur Schwellungen; einige derselben haben ein enormes Volumen; an der rechten Seite sind deren fünf vorhanden, die am höchsten, d. h. ungefähr auf der Mitte des Schulterblattflügels auf der L. paravertebralis gelegene

Digitized by Google

hat die Größe eines Hühnereies und ist stark abgeplattet; eine zweite, etwas größere, sitzt an der unteren Kante des Schulterblattes; eine dritte, truthuhneigroße, hat unter der L. thoraco-abdominalis zwischen der L. axillaris post. und der L. paravertebralis ihren Sitz; alle drei sind beweglich, wenig schmerzhaft, von leicht geröteter Haut bedeckt und machen bei der Betastung den Eindruck einer falschen Fluktuation. Weitere zwei von stark geröteter Haut bedeckte Schwellungen haben weiter unten ihren Sitz; die eine, wallnußgroße, ist in der Höhe des letzten Lendenwirbels auf der Paravertebrallinie und die andere, hühnereigroße, in derselben Höhe etwas medialwärts der hinteren Axillarlinie lokalisiert. In der linken Hälfte des Rückens ist eine einzige, aber viel größere Läsion vorhanden; es handelt sich um eine rundliche, bewegliche, schmerzlose, stark emporragende Erhabenheit, die fast die ganze Infraskapulargegend einnimmt und oben die



Vor der Behandlung. Nach der Behandlung.

Fig. 2.

untere Schulterblattkante, medialwärts die L. paravertebralis, unten die L. thoraco-abdominalis und nach außen hin die L. axillaris post. erreicht und einen Durchmesser von etwa 16 cm hat; die darüberliegende Haut ist unversehrt; die Läsion ist auf Druck unempfindlich; bei der Palpation hat man das Gefühl einer Fluktuation, Patient klagt in bezug auf die gesamten Läsionen über geringe Beschwerden.

Wir haben mehrere der geschlossenen Herde einer Probepunktion unterzogen, um die Natur ihres Inhaltes festzustellen. Es wurde dabei jedesmal eine mäßige Menge einer gelblichen eitrigen Flüssigkeit gewonnen, die zahlreiche kleine Gewebsfetzen enthielt, so daß oft die Punkturnadel durch dieselben verstopft wurde.

Bei den beschriebenen Läsionen handelte es sich offenbar um Gummata, die in dem Unterhautzellgewebe ihren Sitz hatten; während aber die Ulzerationen an der Brust auf Grund ihrer Charaktere ohne weiteres als tertiärluetische Läsionen zu erkennen waren, legten die Gummen des

Digitized by Google

Rückens wegen ihrer Anzahl und wegen des außergewöhnlichen Volumens einiger von ihnen den Gedanken einer andersartigen Ätiologie nahe.

Gougerot empfiehlt, in allen Fällen, wo man es mit knotigen Affektionen zu tun hat, die früher den Gedanken nur auf Lues, Tuberkulose oder chronische Eiterungen gelenkt hätten, systematisch auch an die Möglichkeit einer Sporotrichosis zu denken.

Ich habe infolgedessen die nötigen Untersuchungen ausgeführt, um die Frage endgültig zu lösen.

Der durch die Probepunktionen gewonnene Eiter wurde in reichlicher Menge auf Agarbouillon, Glykoseagar, Maltoseagar, Fleischbouillon, Kartoffeln, Mohrrüben usw. gesät; die besäten Nährsubstrate wurden zum Teil im Thermostat und zum Teil bei Zimmertemperatur gehalten. Es wurde mehrmals dem Patienten Blut entnommen und mit dem Serum die Agglutinationsprobe mit Kulturen von Sporotrichum, die Wassermannsche Reaktion und die Hermann-Perutzsche Reaktion ausgeführt. Es wurden verschiedene Kuti- und Intradermoreaktionen mit dem Billonschen Sporotrichosin, mit Sporotrichin, Achorin und Gypsin Lombardo, mit Tuberkulin und mit dem Trossarelloschen (1) Treponemin ausgeführt.

Die Resultate waren folgende:

Die Kulturen blieben, mit Ausnahme einiger zufällig inquinierter, in denen sich gewöhnliche Schimmelpilze entwickelten, steril. Die Agglutinationsprobe mit Sporotrichum fiel zweimal hintereinander negativ aus. Die Wassermann-Reaktion (sowohl mit alkoholischem Meerschweinchenherzextrakt, wie mit Extrakt aus erbsyphilitischer Leber) fiel stets stark positiv aus, und zwar selbst bei Anwendung einer ganz kleinen Menge ($^1/_{750}$ ccm) des Krankenserums. Die Hermann-Perutzsche Reaktion fiel deutlich positiv aus. Von allen Kuti- und Intradermoreaktionen, die ich ausführte, fiel nur diejenige mit dem Treponemin positiv aus; am fünften Tage entwickelte sich eine papulöse Erhabenheit, umgeben von einem hyperämischen Vorhof, die allmählich an Volumen zunahm und sich in eine beginnende Pustel umwandelte; am elften Tage fing der Regressionsprozeß an und die Reaktion war erst nach mehr als 20 Tagen beendigt.

Auf Grund der miteinander völlig übereinstimmenden Ergebnisse der klinischen Untersuchungen und der biologischen Proben konnte ich somit alle sonstigen ätiologischen Annahmen ausschließen und alle bei dem Patienten beobachteten Läsionen einzig und allein auf eine syphilitische Infektion zurückführen.

Die Resultate der antiluetischen Behandlung bestätigten auch völlig diese Diagnose. Patient bekam zuerst 25 Einspritzungen von 0,01 Sublimat, eine pro Tag und ich beobachtete recht bald eine starke Neigung zur Vernarbung der Ulzerationen und eine bedeutende Verkleinerung der geschlossenen Gummen; es geschah jedoch, daß drei der kleineren geschlossenen Gummen, über denen die Haut stark gerötet war, sich ulzerierten; der dadurch entstehende Gewebsverlust vergrößerte sich jedoch nicht, sondern vernarbte nach kurzem.

Digitized by Google

Um die Heilung aller Läsionen zu beschleunigen, wurden vier itravenöse Einspritzungen von Neosalvarsan in kleinen Dosen (0,15—0,30—0,45) in Raume von 25 Tagen ausgeführt.

Als Patient die Klinik, zwei Monate nach seinem Eintritt in dieselbe, verließ, waren die gesamten ulzerierten Gummen vollständig vernarbt und die geschlossenen gänzlich resorbiert. Bemerkt sei diesbezüglich, daß wir, um die Resorption der voluminöseren zu beschleunigen, es für zweckmäßig gehalten haben, sie etwas zu inzidieren und den flüssigen Inhalt auszupressen. Wir haben während der ganzen Zeit kein Jodkalium verabreicht, um auch hierdurch einen jeden Verdacht auf Sporotrichose ausschließen zu können.

Der beschriebene Fall ist infolge des Sitzes und der Zahl der Gummen und besonders wegen des wirklich außergewöhnlichen Volumens derselben interessant.

Subkutane Gummen hat man fast in allen Gegenden des Körpers, jedoch mit verschiedener Frequenz, beobachtet; den häufigsten Sitz stellen die Unterextremitäten dar; dann kommen, ihrer Frequenz nach in absteigender Reihe angeordnet: die oberen Extremitäten, der Kopf, das Abdomen, der Thorax usw. In meinem Fall handelte es sich also um eine der seltensten Lokalisierungen, indem sieben Läsionen auf der Brust und sechs auf dem Rücken ihren Sitz hatten.

Bemerkenswert ist, wegen ihrer äußersten Seltenheit, diese letztere Lokalisierung: Fournier (2) beobachtete sie bei 173 Fällen nur ein einziges Mal.

Gewöhnlich findet man 1—2 Gummen, selten mehr als fünf, äußerst selten, fast ausnahmsweise, zehn oder zwölf. Es sind jedoch Fälle beschrieben worden, in denen der ganze Körper damit besät war und sie dieselbe Verbreitung und dieselbe Konfluenz aufwiesen, wie gewisse populöse Eruptionen. Gougerot (3) ist der Ansicht, daß eine Anzahl von Fällen von dieser Art, die als luetisch gedeutet wurden, in Wirklichkeit Sporotrichose darstellten; es gibt aber Fälle, über deren luetische Natur die Autorität der betreffenden Beobachter und die genauen Angaben, die geliefert wurden, keinen Zweifel zulassen.

Cazenave (4) z. B. beobachtete einen Fall, in dem bei einem Mann die Vorderarme und die Schultern von mehr als 50 gummösen Tumoren besät waren, von denen einige charakteristische Ulzerationen aufwiesen; Lisfranc (5) konnte 160 wallnuß- bis birnengroße Gummen auf den Vorderarmen und den Schenkeln eines Patienten zählen; Fournier (6) behandelte eine Frau, welche neben zahlreichen Hautgummen 29 subkutane gummöse Knoten aufwies, und einen Mann, der zu gleicher Zeit skrofulös, Alkoholiker und malariakrank war, und auf dessen Körper 60 Gummen zu zählen waren.

Digitized by Google

Von neueren Beobachtungen will ich nur diejenigen von Ullmann (7) und von de Beurmann und Delherm (8) erwähnen, die Patienten mit mehr als 20 gummösen Läsionen beobachteten.

Bei dem von mir beobachteten Patienten waren vorhanden: ein bereits vernarbtes Gumma, drei ulzerierte, neun noch geschlossene, also im ganzen 13, eine, wenn nicht exzeptionelle, doch wenigstens ansehnliche Zahl.

Das Volumen der Gummen schwankt gewöhnlich zwischen demjenigen einer Wallnuß und dem eines Hühnereies; selten erreichen sie die Größe einer Orange; man hat jedoch auch noch größere beobachtet und sie zuweilen irrtümlicherweise als bösartige Geschwülste diagnostiziert und eventuell als solche operiert. Mauriac (9) berichtet in seinem Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten über ein von Dr. Mendeville (Val de Grace) beobachtetes enorm großes Gumma, das sich von einem Auge bis zum Halse ausdehnte und diesen über eine Breite von 5 bis 6 cm okkupierte und sich in horizontaler Richtung von der Nase bis zum Hinterhaupt erstreckte, so daß die ganze obere Hälfte des Gesichts, ein Teil des Halses und die ganze untere Hälfte des Schädels von diesem riesenhaften gummösen Gebilde bedeckt waren. Fournier behandelte ein Gumma an einem Schenkel, das einen Durchmesser von 8—10 cm hatte; Meneault (10) sah bei einem 19jährigen Erbluetiker in der Ellenbeuge eine faustgroße Gumma; de Amicis (11) beschrieb eine gummöse Masse, die, 23 cm breit, sich auf dem Rücken von der Paravertebrallinie bis zur L. axillaris post., also über eine Länge von 21 cm erstreckte und aus zum Teil beweglichen und zum Teil adhärierenden Schwellungen gebildet und an einigen Stellen von geröteter Haut bedeckt, an anderen ulzeriert war.

Die größte der von mir in diesem Fall beschriebenen Gummen stellt also eine der voluminösesten dar, die je beobachtet worden sind.

Literatur.

1. Trossarello, M., L'intradermoreazione nella sifilide mediante l'estratto di sifiloma scrotale di coniglio (treponemina). Gazzetta degli ospedali e della cliniche, 1914, Nr. 44. — 2. Fournier, A., Traité de la Syphilis. Bd. 2, H. 1, Paris 1901. — 3. Gougerot, H., Le traitement de la syphilis en clientèle. Paris 1914. — 4. Vgl. Mauriac. — 5. Lisfranc, Bulletin de thérapeutique, 1845, Bd. 29, S. 558. — 6. Fournier, l. c. — 7. Ullmann, Cas rares de gommes cutanées ramollies multiples. Ann. de Derm. et de syph., 1896. S. 403. — 8. de Beurmann et Delherm, Syphilis gommeuse. Ann. de Derm. et de syph., 1899, S. 701. — 9. Mauriac, C., Leçons sur les maladies vénériennes. Paris 1883. — 10. Meneault, Osservazione raccolta alla clinica dell'ospedale di S. Luigi. Ann. de Derm. et de syph., 1887, S. 269. — 11. de Amicis, T., Storia clinica e considerazioni su di un caso di sifilide tardiva con enorme tumore gommoso di tutta la regione costale sinistra. Morgagni, April 1890.

Digitized by Google

Aus dem Institut für Hygiene der Kgl. Universität Turin
(Vorstand: Prof. Luigi Pagliani).

Experimenteller Beitrag zur Ätiologie der Pellagra.

Von

Dr. Karl Rühl.

(Fortsetzung.)

Meerschweinchen.

Gruppe A.

Fünf Meerschweinchen. Ausschließliche (und später vorwiegende) Maiskost. — Tagesbelichtung und Sonnenbestrahlung. — Der Versuch beginnt am 7. April 1914.

Am 10. April fand ich ein Tier tot. Aus der Sektion ergab sich eine Peritonitis (ex aborto).

Am 14. April fand ich ein zweites Tier sterbend, mit folgenden Symptomen: Parese der hinteren Gliedmaßen, Muskelzuckungen, Hypothermie, geringer Haarausfall, keine sonstigen Läsionen der Haut. Ich legte dem Tier frische Kohlblätter vor, das Tier verweigerte sie aber. Am nächsten Tage fand ich es tot. Nekroskopischer Befund: diffuse Pneumonie, Dünndarmentzündung, Vergrößerung und teilweise Hyperämie der Nebennieren.

Bei diesen beiden Tieren konnte also, wie aus der Nekroskopie und aus der kurzen Dauer des Versuches hervorgeht, von einer photodynamischen Wirkung nicht die Rede sein.

Am 21. April wurden die gestorbenen Tiere durch zwei neue ersetzt.

Am 4. Mai fand ich ein drittes Tier (von den ersteingeführten fünf) schwer krank, mit folgenden Syptomen: Parese der hinteren Extremitäten, das Tier liegt meistens ganz ruhig auf einer Seite und kann nur mit äußerst großer Mühe aufstehen, es verweigert jede Nahrung, die Extremitäten sind an den Enden gerötet, auf dem ganzen Rücken fehlen die Haare, behaart sind noch der Kopf, der Bauch und die Gliedmaßen; die haarlose Zone sieht nicht aus, als ob die Haare ausgefallen, sondern als wenn sie abgeschnitten worden wären, und die Grenze zwischen behaarter und haarloser Haut ist eine so scharfe, daß man den Eindruck bekommt, als wäre das Tier geschoren worden; in der haarlosen Zone ist die Haut ganz schwach gerötet; es ist hier zu bemerken, daß ich bei diesem Tier bereits an den vorigen 3—4 Tagen einige ähnliche, scharf abgegrenzte Alopeziazonen beobachtet hatte. Das Tier wurde am nächsten Tag tot gefunden. Nekroskopischer Befund: eine Lunge normal, die andere stark gerötet, Milz normal, Nieren normal, Nebennieren etwas gerötet und geschwollen, der Magen ist fast leer und enthält nur ganz wenige Flüssigkeit und einzelne Maisreste, ziemlich starke Dünndarmentzündung, Extremitäten am Ende gerötet, Ohren nicht gerötet.

Hier könnte man vielleicht auf den Gedanken kommen, daß es sich um eine photodynamische Wirkung gehandelt habe, ich glaube aber, daß diese Annahme auszuschließen ist, und zwar aus folgenden Gründen: Die Parese der Hinterextremitäten glich vollständig derjenigen des zweitgestorbenen Tieres, und kann also nicht als charakteristisch für ein besonderes Krankheitsbild betrachtet werden (wie übrigens auch aus der Häufigkeit hervorgeht, mit der man dieses Symptom in der tierischen Pathologie antrifft);

Digitized by Google

eine Rötung der Extremitäten habe ich nach mehr oder minder langer Zeit bei fast allen meinen Meerschweinchen gefunden und ich glaube sie darauf zurückführen zu können, daß die Tiere nicht daran gewöhnt sind, auf dem durchlöcherten Boden eines Käfigs (Drahtgeflecht) zu stehen und zu gehen und infolgedessen sehr oft — wie ich selbst beobachten konnte — mit den Pfoten in die Löcher geraten und sich daran scheuern oder daran stoßen, so daß diese wiederholten Traumen mit der Zeit eine Reizung und somit Rötung der Haut an den betreffenden Stellen hervorrufen; der Haarausfall kann meines Erachtens auch keine besondere Bedeutung haben. die Haare waren nicht ausgefallen, sondern an der Basis abgetrennt, man sah die kurzen Stummel ganz deutlich aus der Haut emporragen, es würde sich also nicht um eine richtige Alopezie, sondern um Trichorrhexis gehandelt haben, ich glaube aber auch nicht, den Haarverlust als eine spontane Erscheinung betrachten zu müssen, sondern neige zur Annahme, daß der Ursprung des Haarverlustes zum Teil in einer Erscheinung zu suchen sei, auf die ich von Herrn Volpino aufmerksam gemacht wurde und die ich dann selbst mehrmals zu beobachten Gelegenheit hatte, nämlich daß sich die Meerschweinchen gegenseitig die Haare abnagen und daß sie dies mit besonderer Vorliebe bei Individuen tun, die erkrankt und abgeschwächt sind. Ein zweite Ursache des Haarverlustes kann darin bestehen, daß sich die Tiere die Haare an den Wänden des Käfigs abscheuern.

Vom 5. Mai an wurde den Tieren neben den Mais eine ganz kleine Menge frischen Gemüses (Salat oder Kohlblätter) verfüttert.

Am 12. Mai fand ich ein viertes Tier tot. Aus dem nekroskopischen Befund ergab sich eine ziemlich starke Dünndarmentzündung, die Nebennieren waren etwas gerötet und geschwollen, die Extremitäten waren etwas gerötet, sonst war die Haut unverändert.

Am 15. Juli waren noch drei Tiere am Leben, ihre Lebhaftigkeit war im Vergleich zu den Kontrollen etwas herabgesetzt; abgesehen von einer Rötung der Extremitäten (die an einigen Stellen direkt wund waren) war an der Haut nichts Abnormes zu beobachten. Ohren normal.

Gruppe B.

Fünf Meerschweinchen. Gemischte Diät (ohne Mais). Tagesbelichtung und Sonnenbestrahlung. Der Versuch beginnt am 7. April 1914.

Am 2. Mai fand ich ein Tier tot. Aus der Autopsie ergab sich eine akute Enteritis; die Haare waren an einigen Stellen ausgefallen, und andere an der Basis abgebrochen. Extremitäten etwas gerötet.

Am 7. Mai fand ich ein zweites Tier tot. Nekroskopische Diagnose: Peritonitis ex aborto. Haare etwas ausgefallen und abgebrochen, Extremitäten etwas gerötet.

Am 10. Mai wurden die gestorbenen Tiere durch zwei neue ersetzt.

Am 12. Mai fand ich ein drittes Tier (von den zuerst eingeführten fünf) schwer krank. Das sehr vorgeschritten trächtige Tier fraß nicht mehr, bewegte sich fast nicht mehr vom Platze, zitterte ab und zu. Nach 48 Stunden fand ich es tot. Bei der Autopsie fand ich in dem Uterus zwei vollentwickelte tote Föti. Haare fast normal. Extremitäten etwas gerötet.

Am 15. Juli waren noch vier Tiere am Leben und sehr munter. Ohren normal, Haar hier und da etwas fehlend, Extremitäten gerötet und hier und da etwas wund.

Gruppe C.

Fünf Meerschweinchen. Ausschließliche (und später vorwiegende) Maisdiät. Rote Belichtung. Der Versuch beginnt am 7. April.

Digitized by Google

Am 9. April fand ich ein Tier tot. Aus der Sektion ergab sich außer der völligen Leere des Magens und eines großen Teiles des Dünndarmes nichts Bemerkenswertes. Haare und Haut normal. Am nächsten liegt die Annahme, daß das Tier den Mais nicht fressen wollte und dem Hungerstod erlegen sei (von Herrn Doz. Sangiorgi ausgeführte bakteriologische Untersuchungen ergaben ein negatives Resultat).

Am 14. April fand ich ein zweites Tier tot. Nekroskopischer Befund: Lungenhyperämie, Magen und mehrere Dünndarmschlingen leer. Haut und Haare normal.

Am 16. April fand ich ein drittes Tier tot. Nekroskopisch fand ich als einzige abnorme Erscheinung eine vollständige Leere des Magens und eine Hyperämie des Dünndarmes.

Am 21. April wurden drei neue Meerschweinchen in den Käfig getan.

Am 5. Mai fing ich an, den Tieren neben dem Mais etwas frisches Gemüse zu verfüttern.

Am 20. Mai fand ich ein viertes Tier (von den zuerst eingeführten fünf) tot. Bei der Autopsie fand ich nur eine geringe Schwellung der Nebenniere. Haare hier und da etwas abgebrochen, Haut normal, Extremitäten etwas gerötet.

Am 6. Juni fand ich ein fünftes Tier tot. Nekroskopie: Nebennierenschwellung. Haare hier und da etwas abgebrochen, Haut normal, Extremitäten gerötet und hier und da etwas wund.

Am 3. Juli fand ich ein sechstes Tier tot. Autopsie aus äußeren Gründen unmöglich. Haare hier und da geschädigt, Haut normal, Extremitäten gerötet.

Das letzte am Leben gebliebene Tier war am 25. Juli nicht übermäßig lebhaft, fraß aber mit normaler Lust. Seine Haare waren hier und da abgebrochen, die Haut, abgesehen von einer fleckweisen Rötung der Extremitäten, normal.

Gruppe D.

Vier Meerschweinchen. Gemischte Diät (ohne Mais). Rote Belichtung. Der Versuch beginnt am 7. April.

Am 19. April fand ich ein Tier tot. Haare normal, Extremitäten schwach gerötet, sonst Haut normal. Autopsie aus äußeren Gründen unmöglich.

Am 23. April fand ich ein zweites Tier tot. Nekroskopischer Befund: Enteritis, sonst nichts Bemerkenswertes. Haare hier und da an der Basis abgebrochen; Extremitäten gerötet, Haut normal.

Am 1. Mai wurden zwei neue Tiere eingeführt.

Am 22. Mai fand ich ein drittes Tier (von den zuerst eingeführten vier) tot. Nekroskopischer Befund: Enteritis und Peritonitis ex aborto. Haare auf dem Rücken an einigen Stellen ausgefallen, an anderen abgebrochen; Extremitäten gerötet.

Am 3. Juni fand ich ein viertes Tier tot. Nekroskopischer Befund: Enteritis. Haare an vereinzelten Stellen abgebrochen, Extremitäten gerötet und hier und da wund, Haut normal.

Die drei übrigen Tiere waren am 25. Juli gesund und munter. Extremitäten gerötet.

Die häufige basale Trichorrhexis, die ich bei allen Meerschweinchengruppen beobachtete, ist meines Erachtens darauf zurückzuführen, daß sich die Tiere bei dem Umherlaufen im Käfig gegen die Wände dieses scheuerten.

Die häufige Enteritis, die bei den Tieren vorkam, glaube ich — da sie bei den Maistieren nicht häufiger als bei den Kontrolltieren vorkam — auf die Kälte zurückführen zu können; Meerschweinchen pflegen nämlich, wenn sie ruhen, dicht nebeneinander in den Ecken zu liegen resp. stehen, um sich gegenseitig zu wärmen; in dem Käfig konnten sie sich erstens infolge der Kälte des Käfigs selbst, der ein guter Wärme-

Digitized by Google

leiter ist, und zweitens infolge des Umstandes, daß sie an keiner Seite vor der Luft geschützt waren, fast gar nicht vor Kälte schützen. Für diese meine Annahme spricht auch die Tatsache, daß während der Beobachtungsperiode vor dem Beginn der Experimente wenigstens 3/5 der Meerschweinchen zugrunde gingen, und bei der Autopsie eine starke Kongestion der inneren Organe, die sich zuweilen bis zu einer Enteritis oder einer Pneumonie steigerte, aufwiesen.

Betrachtet man die obigen Protokolle, so sieht man, daß von einer photodynamischen Reaktion bei den Maismeerschweinchen nicht die Rede sein kann. Ich glaube auch, daß sich diese Tiere infolge ihrer leichten Sterblichkeit nicht zu Versuchen in dieser Richtung sehr eignen.

Die einzige bemerkenswerte Erscheinung bei den Maismeerschweinchen war die häufige Rötung und Schwellung der Nebennieren.

Ratten.

Gruppe E.

Fünf weiße Ratten (etwa zwei Monate alt). Ausschließliche (und später fast ausschließliche) Maisdiät. Tagesbelichtung und Sonnenbestrahlung. Der Versuch beginnt am 1. April.

Nach einigen Wochen entwickelten sich bei allen Tieren besondere Läsionen an den Ohren, der Schnauze und der Schwanzwurzel, bestehend in kleinen, hirsekorngroßen Knötchen, die hier und da allmählich zu größeren Erhabenheiten zusammenschmolzen und sich mit Krusten bedeckten. An einigen Stellen der Ohren bildeten sich sogar kleine punktförmige Blutungen und kleine Nekrosenherde. Diese Läsionen erzeugten einen starken Juckreiz; die Tiere waren fortwährend am Kratzen. Ich dachte natürlich zuerst, es handle sich um ein Äquivalent der von Hausmann, Horbaczewski usw. als Effekte der photodynamischen Reaktion beschriebenen Hautalterationen; als ich aber einem der Tiere einige Krusten entnahm und in Glyzerinwasser unter dem Mikroskop untersuchte, fand ich zwei Räudemilben. Es handelte sich also um Räude. Ich bepinselte die Tiere mehrmals mit Peruskabin und konnte dadurch eine bedeutende Besserung der Läsionen erzielen. Vom 1. Mai ab bekamen die Tiere neben dem Mais etwas Salat (ein Blättchen pro Kopf und Tag). Am 27. Juli waren noch alle Tiere am Leben und munter; ein einziges hatte auf dem Rücken etwas das Haar verloren; sonst stellten die Räudemanifestationen die einzige bemerkenswerte Erscheinung dar.

Es ließ also nichts auf eine schädliche Wirkung der kombinierten Wirkung des Lichtes und der Maisdiät schließen.

Gruppe F.

Vier weiße Ratten (etwa zwei Monate alt). Gemischte Diät (ohne Mais). Tagesbelichtung und Sonnenbestrahlung. — Der Versuch beginnt am 1. April 1914. Nach einigen Wochen zeigten auch diese Tiere dieselben Alterationen wie diejenigen der Gruppe E; auch hier führten Bepinselungen mit Peruskabin eine bedeutende Besserung herbei.

Am 27. Juli waren alle Tiere am Leben, munter und freßlustig und zeigten außer der Räude keine Läsionen der Haut.

Gruppe G.

Fünf weiße Ratten (etwa zwei Monat alt). Ausschließliche (und später fast ausschließliche) Maisdiät. Rote Belichtung. Der Versuch beginnt am 1. April 1914.

Digitized by Google

Auch bei diesen Tieren entwickelten sich dieselben Läsionen der Ohren, der Schnauze und der Schwanzwurzel, wie bei denjenigen der Gruppen E und F. Auch konnte ich bei einem der Tiere Räudemilben nachweisen.

Bemerkenswert war ferner die Tatsache, daß, während beim Beginn der Versuche die Ratten der verschiedenen Gruppen mehr oder minder dieselbe Größe hatten, nach einem Monat diejenigen der Gruppe G in ihrem Wachstum, besonders im Vergleiche zu den Tieren der Gruppen E und F, bedeutend zurückgeblieben waren.

Am 3. Mai fand ich ein Tier tot; an eine Autopsie war nicht zu denken, weil die Leiche zum größten Teil von den Käfiggenossen gefressen worden war; es blieben nur der Kopf und ein Teil der Extremitäten und der Schwanz übrig.

Am 8. Mai fand ich ein zweites Tier tot. Haut und Haare waren, abgesehen von den Räudemanifestationen, normal. Nekroskopischer Befund: Lungen hyperämisch, Magen leer, Dünndarm über eine kurze Strecke gerötet, Nieren hyperämisch, Nebennieren gerötet.

Am 9. Mai ersetzte ich die gestorbenen Tiere durch zwei neue.

Am 10. Mai nahm ich diejenige der Ratten, bei der die Räudeläsionen am stärksten entwickelt waren, um diese zu photographieren, und erlebte dabei ein sonderbares Ereignis. Ich faßte das Tier vermittels einer Kocherschen Zange an der Haut einer Flanke, um es während des Photographierens festzuhalten; nach einigen Versuchen, eine Zeitaufnahme zu machen, die wegen der Unruhe des Tieres scheiterten, entschied ich mich zu einer Momentaufnahme. Im Augenblicke aber, wo ich das bis da lebhafte Tier an die an dem Tage scharf scheinende Sonne brachte, brach das Tier plötzlich, wie blitzartig zusammen, wurde an allen sichtbaren Häuten und Schleimhäuten blaß und war nach 5—10 Sekunden tot. Die Autopsie ergab nichts Bemerkenswertes. Worauf dieser blitzartige Tod zurückzuführen ist, ob auf einen Nervenchok, auf eine akute photodynamische Reaktion oder auf eine sonstige Ursache, das kann ich nicht entscheiden.

Am 27. Mai fand ich ein viertes Tier (der zuerst eingeführten fünf) tot und mehr als halb gefressen, so daß eine Autopsie nicht möglich war. Das Tier war stark räudig.

Am 29. Mai starb das letzte (also fünfte) Tier (der zuerst eingeführten). Die Autopsie ergab nichts Bemerkenswertes. Das Tier war räudig.

Die beiden Tiere, die am 9. Mai in den Käfig eingeführt worden waren, waren am 15. Juli zwar räudig, aber sonst gesund und munter. Sie waren jedoch im Vergleich zu ihren Altersgenossen, die, als Reserve, im Dunkeln bei gemischter Kost geblieben waren, in ihrer Entwicklung zurückgeblieben.

Gruppe H.

Vier weiße Ratten (etwa zwei Monate alt). Gemischte Diät (ohne Mais). Rote Belichtung. Der Versuch beginnt am 1. April.

Auch bei diesen Tieren entwickelten sich Räudemanifestationen. Nach einem Monat waren sie mehr als diejenigen der Gruppe G gewachsen, dagegen aber im Vergleiche zu denjenigen der Gruppen E und F in ihrer Entwicklung zurückgeblieben. Am 15. Juli waren sie alle (abgesehen von der Räude) gesund und munter, aber etwas weniger entwickelt als diejenigen der Gruppen E und F.

Betrachten wir nun die Beobachtungen, die wir bei diesen vier Gruppen machten, so finden wir eine interessante Erscheinung und zwar erstens, daß sich die Tiere, die bei Maisdiät und unter rotem Lichte gehalten wurden, weniger als die übrigen entwickelten und zum größten Teil zugrunde gingen.

Digitized by Google

Diese Beobachtung könnte den Gedanken nahelegen, daß die roten Strahlen auf photodynamischem Wege im Sinne v. Tappeiners eingewirkt haben. Gegen diese Annahme spricht aber die Tatsache, daß auch die Tiere (Gruppe H), die bei gemischter Diät ohne Mais unter rotem Lichte gehalten wurden, in ihrer Entwicklung im Vergleich zu denjenigen zurückblieben, die unter gewöhnlichem Lichte gehalten worden waren (Gruppe E und F). Man muß also annehmen, daß das rote Licht oder wenigstens die fortwährende rote Belichtung an und für sich einen schädlichen Einfluß ausübe, und daß somit die Tiere der Gruppe H, bei denen nur dieser schädliche Faktor gewirkt hat, nur eine Entwicklungshemmung oder -verspätung erfahren haben, während diejenigen der Gruppe G, bei denen neben diesem Faktor auch der schädliche Einfluß der einseitigen Maisdiät wirkte, unter dem Einfluß dieser zwei in Unabhängigkeit von einander schädlich wirkenden Faktoren zugrunde gegangen sind.

Diese vermutliche schädliche Wirkung des roten Lichtes werde ich noch weiter unten besprechen.

Eine zweite interessante Erscheinung bei meinen Ratten war das völlige Ausbleiben einer jeden photodynamischen Reaktion.

Da jedoch meine Versuche durch die eingetretenen Räudemanifestationen etwas gestört worden waren, habe ich sie — in der Annahme, daß die Räude durch die Käfige, in denen bereits zahlreiche Tiere gelebt hatten, auf die Ratten übertragen sein konnte — wiederholt und werde weiter unten darüber berichten.

Gruppe I.

Acht weiße Ratten (etwa zwei Monate alt). Vitaminlose Maisdiät. Ganz schwache Tagesbelichtung. Der Versuch beginnt am 15. Mai.

Die Vitaminlosigkeit des Maises wurde, wie bereits oben angegeben wurden, folgendermaßen erzielt: Da die Tiere, wenn ihnen ganzer Mais verfüttert wird, zuerst den zentralen Teil (Hilus und seine unmittelbare Umgebung) herausfressen, und erst den peripheren Teil angreifen, wenn sie keine ganzen Körner mehr zur Verfügung haben, so brauchte ich nur den Vorrat an ganzem Maiskorn so oft zu erneuern, daß er nie ganz erschöpft wurde und jedesmal die ausgehöhlten Körner, also den vitaminhaltigen Teil, zu entfernen, um eine vitaminlose Maiskost durchzuführen.

Die Tiere wurden in einem großen Zinkblechkasten gehalten, dessen Deckel zum Teil durch ein dichtes Drahtnetz ersetzt war. Der Raum war auf diese Weise genügend gelüftet und so wenig belichtet, daß ein Einfluß des Lichtes ausgeschlossen war.

Am 20. Juli, also nach mehr als zwei Monaten, waren allen acht Tiere völlig gesund, freßlustig und voll Lebhaftigkeit; von Hautalterationen keine Spur.

Es konnte also keine schädliche Wirkung der vitaminlosen Maisdiät beobachtet werden.

Gruppe K.

Acht weiße Ratten. Ausschließliche (und später fast ausschließliche) Fütterung mit Mais, von dem der Hilus und dessen direkte Umgebung entfernt

Digitized by Google

worden war. Tagesbelichtung und Sonnenbestrahlung. Der Versuch beginnt um 12. Mai 1914.

Am 18. Mai wurde eine schwarze Ratte zugesetzt. Am 24. Mai wurden vier schwarze Ratten zugesetzt.

Vom 15. Juni bekamen die Tiere neben dem Mais (ohne Hilus) jeden Tag eine ganz kleine Menge Salat (ein Blättchen pro Kopf).

Am 20. Juli, also nach mehr als zwei Monaten, waren alle Tiere gesund; keine Alterationen der Haut.

Von einer photodynamischen Wirkung war also keine Spur zu konstatieren.

Gruppe L.

Vier weiße und fünf schwarze Ratten (alle vollentwickelt). — Ausschließliche (und später fast ausschließliche) Fütterung mit Mais, von dem der Hilus und dessen unmittelbare Umgebung entfernt worden war. — Rote Belichtung. Der Versuch beginnt am 18. Mai.

Am 23. Mai fand ich eine schwarze Ratte tot und zwar diejenige, die bei dem Transport (der natürlich vermittels Zangen geschehen war) aus der Falle in den Käfig am meisten verletzt worden war.

Am 20. Juli waren alle Tiere gesund und frei von Hautalterationen.

Also keine photodynamische Wirkung und keine schädliche Wirkung des roten Lichtes.

Da meine Versuche der Gruppen E, F, G, H durch die Räude gestört worden waren und diese höchstwahrscheinlich von den alten, bereits sehr oft von anderen Tieren bewohnten Käfige auf die Tiere übertragen worden war, habe ich die betreffenden Versuchsreihen wiederholt, aber dazu ganz neue, direkt vom Fabrikanten bezogene Käfige benutzt. Ich lasse die Protokolle folgen.

Gruppe En.

Vier weiße Ratten (erwachsene). — Ausschließliche Maisdiät. — Tagesbelichtung und Sonnenbestrahlung. Der Versuch beginnt am 20. Juli.

Am 10. September waren alle Tiere am Leben und gesund; keine Hautalterationen.

Auch hier war also keine Spur von einer photodynamischen Wirkung wahrzunehmen.

Gruppe Fn.

Vier weiße Ratten (erwachsene). — Gemischte Diät (ohne Mais). — Tages- und Sonnenlicht. Der Versuch beginnt am 20. Juli.

Am 10. September waren alle Tiere am Leben, aber zwei von ihnen zeigten schwere Alterationen der Hornhaut, die zu diagnostizieren ich nicht imstande war, und ähnliche Veränderungen der Schnauze und der Ohren, wie ich sie bei den Tieren der Gruppen E, F, G, H beobachtet hatte.

Gruppe Gn.

Zehn weiße (erwachsene) und acht schwarze Ratten (darunter mehrere noch sehr junge). — Ausschließliche Maisdiät. — Rote Belichtung. Der Versuch beginnt am 20. Juli.

Im Laufe der ersten vier Wochen starben drei schwarze Ratten, und zwar drei der kleineren, noch nicht völlig entwickelten. Eine Autopsie wurde nicht ausgeführt.

Digitized by Google

Am 21. August starb eine weiße Ratte. Haut ohne Alterationen. Autopsie nicht ausgeführt.

Am 10. September waren alle übrigen Tiere gesund und munter.

Gruppe Hn.

Vier weiße (erwachsene) Ratten. Gemischte Diät (ohne Mais). — Rote Belichtung. — Der Versuch beginnt am 20. Juli.

Am 10. September waren alle Tiere gesund. Keine Hautalterationen.

Hier waren also keine Zeichen von einer photodynamischen Wirkung und ebenso keine solchen einer schädlichen Wirkung des roten Lichtes an und für sich zu beobachten. (Schluß folgt.)

Eduard Jacobi †.

Zu den schmerzlichen Opfern, welche unsere Freiburger Hochschule aus dem Lehrkörper und der Studentenschaft dem Kriege dargebracht, ist als neues das von Eduard Jacobi, dem Leiter der Universitätshautklinik, zu zählen. Als beratender Arzt für die Armeegruppe, welche Deutsches Land vor einem Einbruch des Feindes aus dem Belforter Loch zu schützen hat, war er am Anfang Januar zu einer Dienstreise nach dem Oberelsaß befohlen worden. Ein offener Kraftwagen war ihm zur Verfügung gestellt. Trotz des schlechten Wetters, Schnee, Regen und Sturm, erledigte er sich des Befehls. Krank kam er heim. Nach zwei Tagen bildete sich eine katarrhalische Lungenentzündung aus, der Jacobi bei seinem schon längere Zeit angegriffenen Herzen nicht standhalten konnte. Am 9. Januar schloß er seine Augen für immer. Das Ende war für ihn nicht qualvoll; während der letzten Tage seines Daseins war er fast dauernd bewußtlos. Am 13. Januar wurde er der Flamme übergeben, und seine Asche wurde beigesetzt bei denen, die sich dem Vaterland bis zum letzten geweiht hatten. Die üblichen soldatischen Ehrenbezeugungen, Abschiedsgrüße seiner vorgesetzten Kameraden, Erinnerungsworte seiner Kollegen, beschlossen die weihevolle, an Eindruck reiche Feier.

Jacobi stammte aus Liegnitz. Nach seinem Studium trat er bei Neisser als Assistent ein. Er bewies dort solche Tüchtigkeit, daß sein Lehrer ihn, den 27jährigen, 1889 nach Freiburg senden konnte, mit dem ehrenvollen Auftrage, an dieser damals noch kleinen Hochschule sozusagen die Dermatologie ins Leben zu rufen. Hauterkrankungen wurden noch nicht gelehrt, sollten aber in den Lehrplan aufgenommen werden. In harten Kämpfen erreichte Jacobi sein Ziel. Welche Widerwärtigkeiten er zu überwinden hatte, kann derjenige beurteilen, der die heutigen Räume der Freiburger Klinik kennt. Seiner Intelligenz, seiner Zähigkeit gelang es in ausreichender Weise Kranke heranzuziehen, die Mittel für die Behandlung herbeizuschaffen und so für Sammlungen und sonstiges Unterrichtsmaterial zu sorgen, daß in diesen Punkten Freiburg nur von ganz modernen Krankenhäusern übertroffen wird. Die hiesige Moulagensammlung sucht an Güte überhaupt ihresgleichen.

Die kritische Ader Jacobis machte ihn zu einem hervorragend tüchtigen Diagnostiker. Als Lehrer unterstützte ihn die strenge Logik seines Denkens. Wie er aufrichtige Freude empfand, wenn er von seinen Hörern gute Antworten bekam, so konnte er sehr mißmutig werden, wenn er sah, wie die Saat, die er mühevoll ausgestreut,

Digitized by Google

unter die Dornen gefallen war. Und davon pflegte er dann auch kein Hehl zu machen.

Unter seinen Arbeiten nenne ich als sein Lebenswerk seinen Atlas, der ja zu bekannt ist, als daß ich auf seine Bedeutung eingehen müßte. In alle Sprachen übersetzt, hat er Jacobis Namen über die ganze Welt getragen, mehr noch als die Ikonographie, welche von Neisser und ihm herausgegeben, ihn mit den Dermatologen sämtlicher Länder in Verbindung brachte. Auch buchhändlerisch war der Atlas ein Erfolg ersten Ranges. In wenigen Jahren erlebte er fünf Auflagen.

Von rein wissenschaftlichen Veröffentlichungen weise ich auf die über die Entstehung der Chlorakne, über den erstmalig sicheren Befund der Tuberkelbazillen im Lichen scrofulosum hin, auf die mehrfachen Publikationen über Lupus, über Prostitution und andere.

Leider war es ihm nicht vergönnt, seine letzte Gründung, ein Heim für mittellose Lupuskranke emporwachsen zu sehen. Ohne die Klinik allzusehr mit den an sich schon überreichen Lupusmaterial zu belasten, wollte er für diese Patienten die reichen Behandlungsmittel des Spitals ausnutzen, die Krankenzimmer von ihnen aber frei lassen, indem er sie in einem „Heim" in der Nähe der Klinik unterbrachte. Dieser Gedanke wird wohl jetzt so lange schlummern, bis ein gleich energischer Nachfolger in ruhiger Zeit ihn sich wieder zu eigen macht.

Jacobi war im persönlichen Verkehr ein hervorragend gewandter Mensch, mit gesellschaftlich sehr geschliffenen Umgangsformen. Er suchte seine Erholung aber nicht im großen Verkehr, sondern lebte mehr zurückgezogen, in der Pflege der Musik, im Studium seiner Sammlungen von Porzellanen, Möbeln, Bildern und Büchern.

Er starb als Junggeselle; seine Freunde und Bekannten werden lange an dem Verluste dieses klugen, hilfsbereiten Mannes zu tragen haben.

Karl Taege-Freiburg i. B.

Fachzeitschriften.

The urologic and cutaneous Review.

April 1914.

1. Über Nierenverletzungen, von Oscar E. Bloch-Louisville. In den Lehrbüchern wird meist behauptet, daß Chokerscheinungen die prominentesten Symptome von Nierenverletzungen sind. Bloch teilt drei Krankengeschichten von Fällen mit, in denen trotz schwerer Nierenverletzungen keine Chokerscheinungen aufgetreten sind. In dem ersten Falle hatte der Patient einen Stoß gegen eine Tischecke erlitten, und zwar in der linken Lendengegend; da sich sofort blutiger Urin einstellte, kam der Patient ins Krankenhaus, wo außer der Hämaturie kein anderes Symptom (auch äußerlich nicht sichtbar) bemerkt wurde. Erst 48 Stunden später klagte Patient über Schmerzen, und der Puls wurde häufig und schlecht. Bei der Inzision zeigte sich nach Wegräumung des Blutgerinnsels der konvexe Rand der Niere in $^2/_3$ der Länge und fast $^1/_2$ der Tiefe der Nierensubstanz zerrissen. Nierenbecken und Gefäße waren unverletzt. Glatte Heilung. Die anderen Fälle sind ähnlich, obwohl die Hämaturie fehlen kann, oder äußerlich mehr Symptome vorhanden sein können. Oft sind auch andere Bauchorgane zugleich mit den Nieren verletzt, was die Heilung natürlich sehr erschwert; denn die Nieren haben nach der Ansicht des Verfassers eine außerordentliche Heilkraft, und er meint, daß die Nephrektomie nur gemacht werden sollte bei Zerquetschung des ganzen Organs, durch zermalmende Gewalt oder Zerstörung des Nierenbeckens und der großen

Digitized by Google

Gefäße; im allgemeinen käme man mit Resektion von nicht mehr als $^1/_3$ des Organs aus. Im Anschluß betont Bloch, daß er Wandernieren so häufig beobachtet habe, daß er dieselben nicht unter die Nierenerkrankungen rechnen möchte: Ob eine Niere erst durch ein Trauma dislociert worden ist, oder eine Wanderniere verletzt wurde, läßt sich oft nicht diagnostizieren.

2. Über kombinierte Anwendung von Quecksilber mit Salvarsan oder Neosalvarsan bei der Behandlung der Syphilis, von Charles Edward Panoff-Brooklyn. Panoff rekapituliert, wie dem ursprünglichen Enthusiasmus, mit dem das Salvarsan begrüßt wurde, von manchen Seiten viel Skeptizismus beigemischt war, der auch recht zu behalten schien, als nach den ersten allzuglänzenden Resultaten, ein Rückschlag in der Stimmung eintrat, als man feststellen mußte, daß eine einmalige Dosis nicht genüge und die Syphilis nicht quasi über Nacht zu heilen wäre. Diese Enttäuschung wurde noch größer als man von lange fortzusetzender und am besten mit Hg zu kombinierender Salvarsanbehandlung zu sprechen anfing, und es schien als ob die Skeptiker recht behalten sollten, bis sich im Laufe der Jahre herausstellte, welche immensen Vorzüge das Salvarsan uns gebracht hat, und welch wertvolle Bereicherung unseres antisyphilitischen Rüstzeuges dieses Präparat bedeutet.

Die Hauptfrage war für den Verfasser die der Methode der Einverleibung: „intravenös oder intramuskulär". Er selbst neigte nach seinen Erfahrungen und den Berichten der Literatur zur intravenösen Methode; jedoch scheiterte die Durchführung derselben bei der größten Zahl der Patienten am Kostenpunkt. Hier macht nun P. eine Rechnung auf, die für uns Deutsche interessant genug erscheint, um wiedergegeben zu werden. Er berechnet nämlich die Kosten jeder einzelnen intravenösen Salvarsaninjektion auf 45 Dollars. Dabei rechnet er für den ärztlichen Eingriff als Mindestsatz 25 Dollar (ah, glückliches Dorado für Dermatologen!), den seiner Ansicht nach notwendigen mehrtägigen Aufenthalt in einem Krankenhause auf mindestens 10 Dollar usw. Deshalb entschloß sich der Verfasser zur intramuskulären Methode überzugehen, und zwar in der Art, daß er kleine Dosen 0,1 g Salvarsan alle vier Tage gab, da er bei großen Dosen Infiltrate, Schmerzhaftigkeit, Unsicherheit der Absorption fürchtete. Darum kombinierte er das Salvarsan mit Quecksilber, ausgehend von der Vorstellung, daß das Salvarsan nur die freigewordenen Spirochäten töte, und daß das Hg das Mittel sei, welchem die Aufgabe zufiele, die Spirochäten zur Vertilgung durch das Salvarsan frei zu machen. Mittels einer algebraischen Gleichung mit einer Unbekannten, kam er in bezug auf Dosis und Zeit zu folgendem Schema, mit dem er die besten Resultate erzielte: Er gab immer zwei Injektionen Hg salicyl. (à 0,1 Hg salicyl) und dann eine Dosis 0,1 Salvarsan, und zwar in viertägigen Intervallen. Nach einem Zyklus von sechs Injektionsgruppen (à 2 Hg- + 1 Salvarsan-Injektion), d. h. nach ca. 72 Tagen, macht er eine Pause von vier Wochen. Dann wird die WR angestellt und die Kur, ganz gleich wie die Reaktion ausfällt, wiederholt; nach vier Wochen behandlungsfreiem Intervall wird wieder untersucht. Ist der Befund noch positiv, wird in derselben Weise weiterbehandelt, ist er zum zweitenmal negativ, so wird die Behandlung auf Monate ausgesetzt, und dann die WR wiederholt, und beim dritten negativen Befunde der Patient als geheilt entlassen. Da sich auch auf diese Weise die Kosten noch ziemlich hoch stellen, so versucht Panoff an demselben Tage mehrere Patienten direkt nacheinander zu injizieren und fertigt sich eine 10%ige Emulsion von Salvarsan in Jodipin (also wohl ähnlich dem Schindlerschen Joha. Der Ref.) an. Seit Einführung des Neosalvarsans sind, dank der leichten Löslichkeit, desselben die intramuskulären Injektionen in Dosen von 0,15 Neosalvarsan angenehmer durchführbar. Panoff warnt, trotzdem er das Neosalvarsan als das Idealmittel für intramuskuläre Injektionen bezeichnet, dringend

Digitized by Google

vor jeder Erwärmung der Lösung und der Anwendung nicht ganz frisch zubereiteter Lösungen.

3. Die Urethra, von C. B. SPALDING-Louisville. Nach einer sehr langen, mehr als die Hälfte umfassenden Einleitung, in welcher der Verfasser die Anatomie der Urethra und die Bedeutung der einzelnen Abschnitte auseinandersetzt, gehört der kleinere zweite Teil der Arbeit der Besprechung von Strikturen, deren Operationsnotwendigkeiten, der Operationstechnik und zum Schlusse folgt eine skizzenhafte Mitteilung von 13 operierten Urethralstrikturen, die zum Teil nicht mehr für ein filiformes Bougie permeabel waren.

4. Über Hämaturie, von C. R. WETTSTEIN-Effingham. Unter Hämaturie versteht der Verfasser das Vorhandensein von Blut im Urin, so daß die Farbe beeinflußt oder dasselbe mikroskopisch nachweisbar ist. Das Symptom ist wichtig genug, um eine sofortige Feststellung der Quelle der Blutung notwendig zu machen. Man hat zu unterscheiden: 1. initiale Blutung, d. h. das Blut kommt zuerst oder in den ersten Urintropfen; 2. konkomitierende Blutung, d. h. der Urinstrahl ist während des ganzen Urinaktes mit Blut gemengt und 3. terminale Blutung, d. h. erst mit den letzten Urintropfen oder nach der völligen Entleerung der Blase kommt reines Blut. Wichtig ist die Beschaffenheit des Blutes: hellrot und frisch, oder alt und dunkel, flüssig oder in kleinen Klümpchen. Die Blutung kann akut, subakut oder chronisch sein; gering, mäßig oder profus; intermittierend, remittierend oder persistierend. Ätiologisch kommen in Betracht: Traumen oder Erkrankungen des Genital- oder Urintraktus, Infektion, Nierenstauung, allgemeine Hämophilie, Zystitis, Nierensteine, Tumoren, Tuberkulose oder Krebs der Blase, Aneurysma der Nierenarterien (selten) und idiopathische Hämaturie. Die Ursprungsstelle der Blutung kann in der Niere, dem Ureter, der Blase, der Prostata oder Urethra sitzen. Darum sind zur Diagnosenstellung oft alle unsere Hilfsmittel heranzuziehen nötig: Zystoskop wie Radiographie, Guajakprobe wie das Mikroskop usw. Die klinische Diagnose wird erst schwer, wenn es sich um Blutungen aus den höher gelegenen Abschnitten des uropoetischen oder Urogenitalsystems handelt, und doch ist die präzise Feststellung des Herdes der Blutung und ihre Veranlassung die einzige Möglichkeit der Heilung. Der Verfasser erörtert nun die verschiedenen Erkrankungen der einzelnen Abschnitte des Urogenitalsystems und beschreibt die einzelnen, differenten Punkte in der Erscheinung der Hämaturie, welche eventuell einen Anhalt für die richtige Diagnose geben könnte; das würde im Rahmen eines Referates zu weit führen.

5. Die moderne Untersuchung der Prostituierten, von WILHELM DREUW-Berlin. Die vorliegende Arbeit, deren Grundzug bereits gelegentlich der internationalen hygienischen Ausstellung in Dresden i. J. 1911 mit ihren Tabellen, der zu erstrebenden Einrichtungen und Ausstattungen von Untersuchungsräumen für die Prostituierten bekannt gegeben worden sind, enthält auch in den neu hinzugekommenen Tabellen und dem Zahlenmaterial wenig Neues für die Leser der einschlägigen Heimatsliteratur.

6. Eine Legende von der lesbischen Liebe bei den Indianern Nordamerikas, von DOUGLAS C. MCMURTRIE-New York. Der Verfasser behauptet, daß lesbische Liebe unter allen Völkern existiert habe, von deren Sexualleben wir überhaupt durch Traditionen Mitteilungen besitzen. Daß die Zahl der bekannt gewordenen Fälle von perversen Liebesbeziehungen zwischen Frauen viel geringer ist, als die der Homosexualität der Männer, hat mancherlei Gründe: 1. rechnete man in das Gebiet der letzteren fast ausnahmslos auch die große Gruppe der Päderasten; 2. waren die homosexuellen Beziehungen bei Männern auch bei den minder gebildeten Klassen viel bekannter, während die Kenntnis der Existenz derselben bei Frauen — die lesbische Liebe —, selbst unter Gebildeten wenig verbreitet war; 3. fiel bei allen Völkern ein intimes Zusammenleben

Digitized by Google

von Frauen viel weniger auf, als ein solches von Männern. Aus der Spärlichkeit der bekannt gewordenen Fälle glaubt aber der Verfasser nicht auch auf überaus seltenes Vorkommen schließen zu dürfen, und er bittet, daß man alles einschlägige Material sammeln und veröffentlichen solle.

Der Verfasser erzählt dann ausführlich zwei Legenden, welche die Erinnerung an Fälle von lesbischer Liebe — die eine bei den Assiniboine-Indianern, die zweite bei den Fox-Indianern — im Volk weiterleben lassen; obwohl beide Stämme keine unmittelbaren Berührungen miteinander haben, haben diese beiden Legenden soviel Gemeinschaftliches — z. B. die Geburt eines mißgestalteten Kindes als Folge des widernatürlichen Verkehrs —, daß man wohl an einen gemeinsamen Ursprung denken muß. Nun folgert aber der Verfasser, daß sich solche Legenden bei Völkern nur über Gegenstände, Vorkommnisse oder Mißbräuche ausbilden, mit denen die Volkspsyche sich beschäftigt oder betätigt.

7. Die Bedeutung des häufigen Urinierens bei den Frauen, von Alexander Hamilton Peacock-Seattle. Bei Klagen von Frauen über häufigen Urindrang ist es nach dem Verfasser eine Unterlassungssünde, sich mit der Spiegelung der Blase oder selbst der Niere zu begnügen, ohne den Allgemeinzustand der Patientin genau zu prüfen, wie er das beweist aus selbstbeobachteten Fällen, in denen infolge oberflächlicher, lokaler Untersuchungen falsche Diagnosen gestellt, resp. das eigentliche Grundleiden übersehen wurde. 1. Allgemein medizinisch: Suchen nach eventuellen konstitutionellen Erkrankungen (Tuberkulose, Diabetes, Ataxie). 2. Chirurgisch: Genaue Untersuchung des Beckens und seiner Organe, und zwar Vagina und Rektum bimanuell. 3. Genaue Untersuchung des Urogenitaltraktus; das Sekret der Urethra, Endoskopie der letzteren in Kniebrustlage, Endoskopie der Blase und bimanuelle Abtastung derselben, der Ureteren und der Nieren; Katheterisation der Ureteren, bakteriologische Untersuchung des von der rechten und linken Niere getrennt aufgefangenen Urins. Oft mag eine bloße Blasenendoskopie genügen, aber oft kann dabei Wichtiges übersehen werden. Die Veranlassung zum häufigen Urinieren ist eine vielfache, von der einfachen Nervosität bis zur Pyonephrose. Peacock betont zunächst und belegt mit Beispielen, die Notwendigkeit, sich die nahen Lagebeziehungen zwischen der Blase einerseits und Vagina, Uterus und Adnexen andererseits stets vor Augen zu halten. Bei der Schwangerschaft, Salpingitis, Oophoritis usw. dehnen sich die Reiz- resp. Entzündungserscheinungen oft auf die Blase aus; oft findet man auch sekundäres Karzinom der Blase.

Von den Bakterien, an die man bei Blasenerkrankungen denken muß, stehen in erster Reihe die Gonokokken. Da 90% aller Männer an Blennorrhoe leiden oder gelitten haben, so ist die Zahl der von ihnen infizierten Frauen und Mädchen eine unendlich große, da sich die Gonokokken sehr lange unbemerkt in der Vagina aufhalten können, ohne irgend welche die Aufmerksamkeit hervorrufenden Erscheinungen zu machen, so kommt es, abgesehen von der sofortigen Infektion der Urethra, gewöhnlich zu einer Übersiedelung der Bakterien von der Vagina in die Harnröhre, wonach sie in die Blase und unter Umständen noch weiter bis in die Niere gelangen können.

Bei der großen Neigung der meisten Frauen zu Verstopfungen, kommen Infektionen der Harnröhre und Blase mit dem Bacterium coli sehr häufig zustande, und es sind dann zuzeiten hartnäckiger Obstipation auch die Blasenbeschwerden besonders unangenehm. Endlich muß man stets an die Tuberkelbazillen denken, die, in der Niere angesiedelt, sehr leicht zu Blasenreizungen oder auch direkt zu häufigem Urinieren Veranlassung geben können. Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Weitere Ergebnisse der Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber kombiniert, von HARALD BOAS-Kopenhagen. (Hospitals tidende, 1914, Nr. 24—25.) Die Ergebnisse von Verfassers Untersuchungen sind: Die kombinierte Salvarsan-Hg-Behandlung ist bei primärer und frischer sekundärer Syphilis der alten Hg-Behandlung überlegen, indem sie durch eine einzige Kur den Patienten längere Zeit von allen ansteckenden Symptomen freizumachen vermag; während die Patienten, die in diesem Stadium der Krankheit nur mit Hg behandelt wurden, beinahe immer Rezidive bekamen. Die Patienten müssen so früh als möglich in Kur genommen werden. Daß die Krankheit bisweilen abortiv geheilt werden kann, sieht man daran, daß sich in der Versuchsreihe des Verfassers ein ganz zweifelloser Fall von Reinfektion vorfindet. Von besonderer Bedeutung ist die kombinierte Methode bei syphilitischen Weibern während der Schwangerschaft. Von anderen Krankheiten hat Verfasser mit Salvarsan zwei Fälle von Pemphigus chronicus, drei Fälle von Dermatitis herpetiformis und einen Fall von Pemphigus vegetans sämtlich mit gutem Erfolge behandelt. W. Holland-Kristiania.

Über die Heilung der Syphilis durch die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung, von SCHOLZ und RIEBES-Königsberg. (D. m. W., 1913, Nr. 30.) Verfasser geben in den ersten beiden Tagen 3—4 kleine Salvarsandosen, 0,2—03 in Summa 0,9 bis 1,0, anschließend eine energische Quecksilberbehandlung von 4—5 Wochen, dann eine zweite Salvarsanbehandlung wie anfangs und noch 2—3 Wochen Quecksilberbehandlung, eventuell noch eine dritte Salvarsanbehandlung. Sie erzielten dadurch bei primärer Syphilis auch bei bereits positiver WR 90—100%, bei frischer sekundärer Syphilis etwa 80—90% Heilungen. Junghanns-Dresden.

Die Heilung der Syphilis durch die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung, von W. SCHOLTZ-Königsberg. (B. kl. W., 1914, Nr. 33.) Verfasser bezweckt mit seiner Behandlungsmethode besonders eine Dauerwirkung des Salvarsans und eine endgültige Heilung der Syphilis. Er gibt in den ersten zwei Tagen vier Salvarsaninjektionen zu 0,2—0,25, im ganzen 0,85—1,0 Salvarsan. Hierbei wird das Altsalvarsan bevorzugt. Sofort im Anschluß an die Salvarsankur, gewöhnlich schon am zweiten Salvarsantage, beginnt die Hg-Kur und zwar in Form der kombinierten Injektionsschmierkur. Auf diese vier Wochen dauernde Kur folgt die zweite Salvarsankur, im wesentlichen ebenso wie die erste durchgeführt. Darauf Wiederholung der Hg-Kur nochmals 2—3 Wochen. Intensität der zweiten Salvarsankur sowie der weiteren Hg-Kur hängt wesentlich von dem Resultat der Blutuntersuchung ab, die gelegentlich der zweiten Salvarsankur ausgeführt wird. Eventuell hat noch eine dritte Salvarsankur stattzufinden. Die Resultate haben befriedigt, in der Privatpraxis waren sie besser als in der Poliklinik. Bei primärer Syphilis beträgt die Wahrscheinlichkeit vollkommener Heilung, deren Begriff zum Schluß ausführlich erörtert wird, bei regelrechter Kurdurchführung von vornherein 95—100%, bei sekundärer etwa 85%. Ehekonsens nach 2—3 Jahren. E. Klemm-Leipzig.

Über die Wirkungsweise des Salvarsans und Quecksilbers bei der Syphilis, von E. SCHREIBER-Magdeburg. (M. m. W., 1914, Nr. 10.) Verfasser gibt eine kritische Übersicht der Forschungen verschiedener Verfasser auf diesem Gebiet und ergänzt seinen Bericht durch kurze Mitteilungen über die von ihm selbst und seinen Schülern zur Lösung

Digitized by Google

der Frage angestellten Beobachtungen. Im ganzen gehen die Feststellungen dahin, daß das Salvarsan im Körper spirillozid wirkt, namentlich durch die aromatischen Derivate der Arsenreihe, obwohl auch eine Steigerung der Entwicklung von Abwehrkörpern, Antitoxine, Agglutinine beobachtet ist. Die Wirkung der Quecksilberpräparate ist nach den hier beschriebenen Beobachtungen allein auf eine Steigerung der Immunitätsreaktionen des Körpers zurückzuführen. Philippi-Salzschlirf.

Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber, von v. Zeissl-Wien. (B. kl. W., 1914, Nr. 11.) Das Salvarsan soll in sterilem destillierten Wasser so kurze Zeit als möglich vor der Inkorporierung gelöst werden. Strengste Aseptik ist notwendig. Wenn der Primäraffekt kurze Zeit besteht, ist eine Abortivbehandlung der Syphilis möglich. Nach Salvarsanbehandlung sind Rezidive und Spätformen der Syphilis sehr selten. Gleichzeitige Anwendung von Merkur und Salvarsan ist nach Möglichkeit zu vermeiden. Salvarsan veranlaßt nie Nervenerkrankungen, diese werden vielmehr durch die Syphilis bedingt und durch Salvarsan geheilt. Die Dosierung richte sich nach der Körperbeschaffenheit des Kranken. Vor jeder Salvarsananwendung untersuche man genau den ganzen Körper, nach der Injektion lasse man wenigstens 1—2 Tage das Bett hüten. Die Intervalle zwischen zwei Injektionen sollen wenigstens acht Tage betragen. Die Behandelten sind gewissenhaft 2—3 Jahre zu beobachten und deren Zustand durch wiederholte Wassermann-Untersuchungen zu kontrollieren. G. Heymann-Elbing.

Die Heilung der Syphilis durch kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung, von Scholz. (D. m. W., 1914, Nr. 17.) Verfasser gibt in Form einer Statistik die Erfolge mit der von ihm geübten kombinierten Salvarsan-Quecksilberbehandlung an 316 Kranken an Beobachtung resp. Kontrolle bis nach $3^1/_2$ Jahren klinisch und serologisch. Er scheidet in poliklinisch und privat behandelte Fälle. Für die privat behandelten gilt folgendes: Primäre Lues 44 Fälle, alle ohne Rezidive $= 100\,\%$ Heilung; sekundäre Lues 109 Fälle mit $11 = 10\,\%$ Rezidive. Für die poliklinisch behandelten gilt folgendes: Primäre Lues $14{,}9\,\%$ Rezidie; sekundäre Lues $19{,}6\,\%$ Rezidive. Bei unvollständiger Durchführung der Kur, speziell bei Unterlassung der zweiten Salvarsanbehandlung, verschlechterte sich sofort das Resultat, es trat in etwa der Hälfte der Fälle klinisch oder serologisch Rezidive auf. An Kindern von Behandelten konnte klinisch und serologisch keine Lues nachgewiesen werden. Fehlgeburten oder Geburten syphilitischer Kinder wurden nicht beobachtet. Gefährliche Zustände oder bleibende Schädigungen nach der Behandlung mit Altsalvarsan wurden nicht beobachtet.

Hommel-Dresden.

Die Behandlung der Syphilis mit Hg + As + Ca, von Dreuw-Berlin. (W. m. W., 1914, Nr. 19.) Dreuw ist für Verwendung des Arsens neben dem Quecksilber in minimalen Mengen und zwar eines Kalziumpräparates, des Sanokalzins, das als wasserlösliches Glyzerinolaktophosphat in Verbindung mit Arsen (0,001) in Ampullen sterilisiert werden kann. Die Methodik der Anwendung ist wöchentlich neben einer Quecksilbersalizylatinjektion mehrere mit der neuen Lösung. Dieser Turnus wird 5—8 Wochen je nach der Schwere des Falles wiederholt. Die Injektionen mit diesem Präparat bewirken weder lokale noch allgemeine Störungen. Die Wirkung des Mittels erblickt der Verfasser in roborierenden Eigenschaften, welche die Schutzkräfte des Körpers steigern. Alle Fälle von primärer, sekundärer und tertiärer Lues wurden sehr günstig beeinflußt.

Vörner-Leipzig.

Syphilis und Arsenpräparate, von J. Bukovský und K. Fiala-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 31.) Die Verfasser behandelten rund 1300 Fälle von Syphilis mit Salvarsan, Neosalvarsan, Hektin, Hektargyre und Enesol. Sie bevorzugen nunmehr das Salvarsan; das Neosalvarsan ist etwas weniger schmerzhaft, doch weichen die mit

Digitized by Google

ihm erzielten Resultate von den mit Salvarsan erzielten Resultaten nicht wesentlich ab. Sie injizieren jetzt ausschließlich intramuskulär und verwenden die alkalische Lösung; die Dosis beträgt 0,3—0,6 g in 15 ccm Wasser. Das Urteil über das Salvarsan lautet: Das Salvarsan ist eine glückliche Ergänzung der konventionellen Therapie; diese beiseite zu schieben wäre ein grober Fehler. Von den Sklerosen reagieren auf Salvarsan am besten die serpiginösen Geschwüre, die sofort zum Stillstand kommen; im übrigen erzielt die alte Behandlung dieselben Erfolge. Die Roseola wird durch Quecksilber besser beeinflußt, dagegen ist die Papulosa sehr empfindlich. Die besten Resultate erzielten die Verfasser bei malignen und Spätformen und bei Idiosynkrasie gegen Hg und J. Hektin und Hektargyre werden wohl gut vertragen, sind aber wenig wirksam. Das Enesol hat die Verfasser im Stich gelassen. G. Mühlstein-Prag.

Das Galyl, ein Arsenpräparat gegen Syphilis, von P. Troisfontaines-Lüttich. (Presse méd., 1913, Nr. 89.) Neben dem Salvarsan und dem Neosalvarsan haben sich zwei andere Arsenpräparate, das Galyl (1116) und das Ludyl (1151) von Monneyrat, in neuerer Zeit eingeführt. Der Verfasser hat besonders das Galyl eingehend klinisch studiert. Es ist wenig oder gar nicht toxisch, wird gut vertragen und ist wenigstens ebenso wirksam als die parasitotropen Arsenpräparate, die ihm vorausgingen. Wendet man Quecksilber zu gleicher Zeit an, so gehen die Symptome nicht schneller zurück als mit Galyl allein. Nach den mitgeteilten Krankengeschichten scheinen die Resultate nicht schlechter als mit Salvarsan. A. Gunsett-Straßburg.

Arsentherapie bei Syphilis mit spezieller Berücksichtigung des „Galyl", von J. J. Abraham-London. (Brit. m. J., 14. März 1914.) Mit Salvarsan und Neosalvarsan hat Verfasser bei mehr als 3000 Fällen sehr befriedigende Resultate im Verein mit angemessener Quecksilberbehandlung erzielt. Er glaubt aber, daß diese Arsenverbindungen bei Nephritis, Herzaffektionen und Ohraffektionen mit zu viel Gefahren verknüpft sind. Er hat deshalb gerne einige Versuche mit dem von Monneyrat empfohlenen Galyl, welches als Tetroxy-diphosphamino-diarsenobenzol aufzufassen ist, ausgeführt. Das Mittel wird intravenös in Dosen von 0,45—0,55 für Männer und 0,4—0,5 für Frauen unter Verwendung von 30 ccm Wasser für je 1 dcg des Salzes injiziert. Man gibt 2—3 Einspritzungen mit achttägigen Intervallen. Bei einer ersten Versuchsreihe von zehn Fällen hatte A. befriedigende Resultate und keine besonderen Nachteile zu verzeichnen. Er hält aber die gleichen Kontraindikationen für das neue Mittel aufrecht wie für Salvarsan und Neosalvarsan. Philippi-Salzschlirf.

Ein häßlicher Feldzug gegen das Salvarsan, von Duhot. (Rev. belge d'urol. et de derm.-syph., 1914.) In äußerst temperamentvoller Weise nimmt D. Stellung gegen Dreuw. Er wirft ihm vor allem vor, daß die Diskussion über den Wert des Salvarsans in der großen Öffentlichkeit geführt wurde. Die Entgegnung Neissers im Breslauer General-Anzeiger wird im Wortlaut wiedergegeben. D. selbst hat mehr als 23000 Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan bei etwa 1700 Kranken gemacht und nur einen Todesfall erlebt. E. Brinitzer-Altona.

Wie soll sich der praktische Arzt zur Salvarsantherapie der Syphilis verhalten? von Jadassohn-Bern. (München 1912, J. F. Lehmanns Verlag.) Wenn auch die Abhandlung, die für die Jahreskurse für ärztliche Fortbildung bestimmt war, im Jahre 1912 erschienen ist, so hat sie doch auch heute nach den Angriffen, die auf das Salvarsan erfolgt sind, noch akutes Interesse, denn der Verfasser konstruiert sogar unbedingte Indikationen für das Mittel in allen Fällen, in denen Hg nicht vertragen wird oder nicht zum Ziele führt. Ferner besteht die Pflicht der Anwendung bei maligner Lues und schließlich auch bei primärer Lues, weil bei letzterer die enorm wichtige Chance der Koupierung der Syphilis besteht. Der Verfasser kommt zu dem Schlusse, daß der

Digitized by Google

praktische Arzt sich die Technik der Salvarsaninfusionen aneignen soll, um sie in geeigneten Fällen zu üben; ihre Gefahren sind so geringe, daß bei einiger Vorsicht bedrohliche Erscheinungen fast immer auszuschließen sind. J. bevorzugt die Kombinationstherapie. Über die Bewertung der WASSERMANN-Reaktion sind die Akten noch nicht geschlossen.

Peyser-Harburg.

Über Arsenausscheidung im Harne nach einmaliger subkutaner Einverleibung von 0,4 Altsalvarsan vor $3^1/_2$ Jahren, von JOSEF KYRLE-Wien. (M. Kl., 1914, Nr. 9.) Der Verfasser berichtet folgenden Fall: Ende Dezember 1913 wurde eine 30jährige Patientin wegen Syphilis in die FINGERsche Klinik aufgenommen. Sie hatte folgende syphilitische Manifestationen: Lentikuläre sukkulente, teils krustöse, teils in der Rückbildung begriffene Papeln auf der Haut des Rumpfes, im Gesicht und an der Stirn, vereinzelt auch an den oberen und unteren Extremitäten, ferner teils erhabene, diphtherische, teils im Stadium reparationis begriffene Papeln an beiden großen Schamlippen; Psoriasis palmaris und plantaris. WR +. Anamnestisch ist festzustellen, daß die Patientin ihre ersten und bis jetzt einzigen syphilitischen Erscheinungen (Papeln an den Genitalien, Lingua geograph. und + WR) im Juli 1910 gehabt hatte. Als eine der ersten hatte die Patientin in der Innsbrucker Klinik am 23. Juli 0,4 Salvarsan in 10 ccm Wasser suspendiert mit schwach alkalischer Reaktion subkutan in die Subskapulargegend erhalten, ohne wesentliche Reaktionserscheinungen bis auf ein kleinapfelgroßes Infiltrat an der Injektionsstelle; dasselbe war nach wenigen Tagen fast ganz verschwunden, die syphilitischen Erscheinungen ganz zurückgegangen ohne lokale Behandlung, so daß die Patientin am 10. August mit schwach +, fast — Reaktion aus der Klinik entlassen wurde. In den folgenden $3^1/_2$ Jahren war sie stets gesund, hatte nie irgend welche syphilitische Symptome, hatte keine Kuren mehr gemacht, auch kein As mehr genommen. Im Dezember 1913 traten die oben erwähnten Symptome auf, d. h. eine Art des Exanthems, die für die Dauer der Krankheit und die lange Latenzperiode etwas auffallend war. Noch auffallender war, daß es jeden Tag gelang, chemisch As im Urin nachzuweisen; von dem Infiltrate an der Injektionsstelle war nichts zu fühlen. Patientin hatte damals 0,4 Altsalvarsan = 0,2 As erhalten und nach 1300 Tagen war noch As im Urin nachweisbar. Mit Recht nimmt KYRLE wohl an, daß es sich nicht um eine kontinuierliche Ausscheidung gehandelt habe, ohne sagen zu können, durch welche Veranlassung dieselbe zurzeit wieder einträte. Ferner glaubt der Verfasser, daß dieser Fall zugunsten der FINGERschen Hypothese spräche, nach der die Wirkung unserer Antisyphilitika nicht ausschließlich direkt bakterizid sei, sondern, daß man auch mit einer indirekten Wirkung derselben, nämlich mit einer Umstimmung der Gewebe zu rechnen habe. Er nimmt an, daß das im Organismus aufgespeicherte Salvarsan, welches keine spezifische, direkte Wirkung im Sinne der gänzlichen Vernichtung der Spirillen auszuüben vermochte, doch wenigstens eine solche Umstimmung der Gewebe bedingt hatte, daß lange Zeit die Proliferation der Spirochäten verhindert wurde. Nur mit der Annahme des Aufhörens dieser Wirkungskomponente scheint das so späte Manifestwerden der sekundären Hautrezidive erklärt werden zu können.

Lasch-Breslau.

Salvarsan und das PROFETAsche Gesetz, von AUGUSTUS RAVOGLI-Cincinnati. (J. Am. m. Assoc., 12. Juli 1913.) Das PROFETAsche Gesetz behauptet, daß Kinder syphilitischer Eltern eine kongenitale Immunität erworben haben, die sie vor Luesinfektion schützt. Verfasser hat nun ein von einer syphilitischen Mutter — der ebenfalls kranke Vater war mit Quecksilber und Salvarsan behandelt worden — geborenes Kind beobachtet, das völlig gesund war. Die Mutter zeigte zu Beginn der Schwangerschaft ein papulöses Syphilid und wurde darauf mit 0.6 Salvarsan intramuskulär behandelt. Acht Monate nach der Geburt war das wohlgenährte und gutentwickelte Kind völlig

Digitized by Google

symptomfrei. Einige Wochen später trat am Kinn ein Primäraffekt mit Drüsenschwellung und Roseola auf. Die Mutter litt zu gleicher Zeit an Schleimhautpapeln im Mund. Über die Infektionsweise konnte kein Zweifel bestehen. Immunität im Sinne des Profetaschen Gesetzes gibt es hiernach nicht. Von Bedeutung im vorliegenden Falle ist es, daß eine intramuskuläre Injektion von 0,6 genügte, Patientin, wenn auch nicht zu heilen, so doch so weit zu bessern, daß die Spirochäten das plazentare Filter nicht passierten, so daß ein gesundes Kind geboren werden konnte. Durch die einmalige Salvarsananwendung ist es zu einer bedeutenden Abschwächung der Lebenskraft der Spirochäten, zu einer, allerdings vorübergehenden Inaktivierung gekommen. Fendt-Wiesbaden.

Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder, von Wolf-Wiesbaden. (D. m. W., 1913, Nr. 25.) Es handelt sich um das Kind einer während ihrer Gravidität und zwar im fünften Monat mit Salvarsan sehr energisch (2,9 g) behandelten Mutter. Das Kind war ausgetragen und zeigte fast $1^1/_2$ Monate hindurch keine Krankheitserscheinungen. Es machte bei der Aufnahme einen gesunden blühenden Eindruck. Es wurde wegen leichter Dyspepsie aufgenommen, von Lues war nicht das geringste zu finden. Und doch hatte das Kind eine Lues, die unter foudroyanten meningitischen Erscheinungen nach 10 Tagen zum Exitus führte. Einen wirklichen Beweis für die Gesundheit kann in solchen Fällen nur die WR und die Röntgenaufnahme der Knochen bringen.

Junghanns-Dresden.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Bedeutung der Hautkrankheiten für den Krieg, von Felix Pinkus-Berlin. (M. Kl., 1914, Nr. 41.) Pinkus betont mit Recht, daß die Hautkrankheiten für den Krieg keine erhebliche Rolle spielen; denn wir sind gewohnt, obwohl fast alle Verwundungen mit Kontinuitätstrennungen der Haut einhergehen, und diese letzteren zumeist die Eintrittspforten für die Infektionserreger abgeben, z. B. beim Tetanus usw. doch alle diese Erkrankungen und Verletzungen in das Gebiet der Chirurgie zu verweisen. Abgesehen von der Krätze und den durch Insekten hervorgerufenen Dermatosen, die bei der mangelnden Auswahl sauberer Quartiere unvermeidlich sind, handelt es sich nur um zwei Gruppen von häufiger vorkommenden Hauterkrankungen, die im Kriege eine bedeutendere Rolle spielen, und zwar: „der wundgelaufene Fuß und die Furunkulose". Trotz aller prophylaktischer Maßnahmen, die jedem Soldaten beim Eintritt in den Dienst auch in Friedenszeiten zur Pflicht gemacht werden, ist die zur Verhütung in erster Reihe notwendige Sauberkeit im Kriege häufig undurchführbar. Die Fußbekleidung mit Fußlappen an Stelle der Strümpfe hat den Vorzug, daß dieselben leichter zu wechseln, leichter zu reinigen und nach dem Waschen leichter zu trocknen sind; ferner schrumpfen dieselben, im Gegensatz zu den wollenen Strümpfen, nicht, und schadhafte, wenn auch gestopfte Stellen können bei den Fußlappen an die weniger empfindlichen Stellen des Fußes gelegt werden, während die gestopften Stellen der Strümpfe immer wieder an dieselben Stellen kommen und dort einen Druck ausüben, was besonders unter den Fersen und den Metatarsalballen unangenehme Wirkungen hervorruft. Für diejenigen Soldaten, die sich an Fußlappen nicht gewöhnen können, empfiehlt Pinkus das Übereinanderziehen von zwei ausreichend weiten Strümpfen. Der wollene Doppelstrumpf bildet eine außerordentlich elastische Unterlage und schützt im naßgewordenen Stiefel nicht nur vor dem Drucke des steifen und enger werdenden Leders, sondern auch vor der Durchnässung und übermäßigen Abkühlung des Fußes;

Digitized by Google

und ist dick genug, um auch beim Schweißfuß starke Transpirationsmengen aufzusaugen, und ermöglicht endlich das Wechseln, wenn man beim Anziehen die Reihenfolge ändert. Neben der geeigneten Umkleidung des Fußes sind die wichtigsten, hygienischen Maßnahmen zur Erhaltung einer guten elastischen Haut des Fußes Sauberkeit: Baden und fast noch besser Abreibungen mit Alkohol. In Frage kommen folgende meist leicht zu heilende Leiden: 1. Der Schweißfuß, den man durch formalinhaltigen Puder oder Abwaschen mit 10%iger Formalinlösung sehr eindämmen kann, damit nicht erst juckende Entzündungen und schmerzhafte Mazeration der Sohlenhaut hervorgerufen werden; neben dem Formalin sind kurzdauernde Salzsäurebäder, Chromsäurepinselungen, Salizylstreupulver und bei bereits eingetretener Mazeration Perubalsam oder Balsam Duret rein oder 10% mit Zinkpaste zu empfehlen. 2. Gegen die verdickte Hornhaut geht man am besten palliativ durch Abtragen mit dem Messer oder dem Hühneraugenhobel (dem Gilette nachgebildet) vor; bei kleineren Hühneraugen, besonders zwischen den Zehen ist Verätzung mit rauchender Salpetersäure, der man nach einigen Sekunden Wirkung reine Karbolsäure folgen läßt, empfehlenswert. 3. Das Einwachsen des Großzehennagels läßt sich leicht durch Unterschieben eines dünnen eventuell alkoholgetränkten Wattedochts verhüten. Stellen an der Sohle und an der Ferse, die bereits wund gescheuert sind, empfiehlt Pinkus durch glatte, faltenlose Leukoplastbedeckung vor einer eventuellen Infektion zu schützen; er meint, daß man bei der häufigen Unmöglichkeit eines Bades oder einer Fußwaschung tagelang mit einer solchen leukoplastgeschützten, künstlichen Sohle marschieren kann.

Was für den Fuß, gilt auch für die gesamte Haut, nämlich sorgfältige Reinigung durch Baden resp. Abreiben mit Wasser oder Alkohol. Es werden dadurch die sonst durch profuse Hautdrüsensekretion häufig hervorgerufenen intertriginösen Ekzeme vermieden, die besonders sich an den Gelenkfalten, den Achseln, den Inguinalgegenden und der Afterspalte zu entwickeln pflegen, und es wird der Ausbreitung von an sich ganz unerheblichen Dermatosen wie dem Erythrasma und dem Ekzema marginatum Einhalt getan. Für die Alkoholwaschung ist nicht immer absoluter Alkohol erforderlich, sondern es genügt auch, dünnerer Alkohol (50—60%). oder Franzbranntwein, Eau de Cologne, eventuell Kognak. Ebenso ist die Reinigung der Haut mit Alkohol in der Umgebung von kleinen Pusteln, aufgekratzten Insektenstichen, dringend empfehlenswert, um der Entstehung von Furunkeln vorzubeugen. Wie Pinkus mitteilt, sprechen alte Kämpfer aus ihren Erinnerungen vom Jahre 1870 von der Wanzen- und Läuseplage (Kopfhaare kurz schneiden!) und meinen, daß das, was man damals in französischen Quartieren erlebt habe, wohl auf dem östlichen Kriegsschauplatze auch zu erwarten stünde, und daß Insektenpulver kein Luxusartikel sei. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Generalarzt Rupert Blue, U.S.P.H.S., hat die Errichtung eines **nationalen Leprosariums** für die Vereinigten Staaten von Nordamerika beantragt. Die Zahl der zur Kenntnis der Sanitätsbehörden der Union gelangten Leprafälle beträgt zurzeit **146.**

Prof. Alfred Fournier in Paris ist Ende Dezember, 82 Jahre alt, gestorben. (In Nr. 5 ist leider „Tournier" statt „Fournier" gedruckt worden.)

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. Februar 1915 | Nr. 7 | Band 60

Ammoniumpersulfat bei Gonorrhoe.

Von

J. Schumacher, Berlin.

Bei gelegentlichen Versuchen, ein absolut reiz- und farbloses Antigonorrhoikum aufzusuchen, das deshalb auch kein Silberpräparat sein sollte, um der Chemie und Photographie ein so wertvolles Element wie das Silber zu erhalten, zog ich auch das Ammoniumsalz der von Berthelot entdeckten Perschwefelsäure in das Bereich meiner Betrachtungen. Hat es doch die Fähigkeit, langsam Ozon in statu nascendi abzuspalten und aus Alkalisalzen der Halogene diese in Freiheit zu setzen.

Schien das Präparat so zur Gonorrhöetherapie eventuell geeignet, so fanden die theoretischen Betrachtungen in der Praxis volle Bestätigung.

Die wäßrigen Lösungen sind lange Zeit haltbar, organische Stoffe zersetzen sie nicht ohne weiteres, wie dies auch aus den Versuchen über ihre entwicklungshemmenden Fähigkeiten hervorgeht. Ihre biologische Wirkung beruht auf der Entwicklung von Ozon, das sich in statu nascendi entwickelt. Daneben entsteht Ammoniumsulfat.

Nach den chemischen und physikalischen Eigenschaften war von vornherein auf eine ziemliche Desinfektionskraft des Präparates zu schließen.

Die Literatur weist nur eine Arbeit aus dem Jahre 1894 von Wacker[1]) auf, der bereits Desinfektionsversuche mit Ammoniumpersulfat angestellt hat. Dieser Autor fand, daß Cholerabazillen durch eine 1%ige Lösung bereits nach einer Minute abgetötet wurden, daß eine 0,5%ige Lösung denselben Erfolg hatte nach einer Einwirkungszeit von drei Minuten. Erysipelstreptokokken wurden bereits von einer 0,5%igen Lösung nach einer Einwirkungszeit von einer Minute bei 21° C abgetötet. Der Staphylococcus pyogenes aureus wurde durch eine 3%ige Lösung nach einer Einwirkungszeit von fünf Minuten vernichtet. Ja, bei Versuchen mit Bac. pyocyaneus übertraf die 1%ige Lösung die Desinfektionskraft einer 1%igen Karbollösung. Auch fand dieser Autor, was wir ebenfalls bestätigen können, daß die Desinfektionskraft größer ist, wenn eine geringe Anzahl Bakterien verwandt wurde, was leicht zu verstehen ist, wenn man bedenkt, daß erstere lediglich auf einer Oxydation beruht.

Für einen von mir verwandten Kolistamm erwies sich die Desinfektionskraft nicht ganz so groß, wie Wacker für obige Bakterien gefunden hat, doch ist sie immerhin erheblich, wie aus den folgenden Unter-

[1]) Zbl. f. Bakt., 1894.

Digitized by Google

suchungen zu ersehen ist. Zunächst wurde so verfahren, daß je eine gleiche Menge Bakterienaufschwemmung in Wasser mit der gleichen Menge Desinfektionsmittel versetzt und verschieden lange Zeit bei Körpertemperatur stehen gelassen wurde. Durchschnittlich nach fünf Minuten gingen nur noch wenige zählbare Kolonien auf, nach acht Minuten war der Ausstrich stets steril. In einer anderen Versuchreihe wurden je 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung mit 30 ccm des Desinfektionsmittels versetzt und seiner Wirkung bei Körpertemperatur verschieden lange Zeit ausgesetzt.

Kontrolle: +++ ∞ Kolonien. 24 Stunden. Anzahl der Minuten der Einwirkungszeit bei 37° C.

	½	1	2	3	4	5	8	10	15
Ammoniumpersulfat 1% + 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung + 30 ccm Desinfektionsflüssigkeit	++ 47 Kol.	++ 35 Kol.		+ 22 Kol.		— + 9 Kol.	—	—	—
Ammoniumpersulfat 1% + 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung + 10 ccm Desinfektionsflüssigkeit	+++ ∞ Kol.	++ ∞ Kol.		+ 28 Kol.		+ 22 Kol.			— —
Ammoniumpersulfat 2% + 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung + 10 ccm Desinfektionsflüssigkeit	+ 14 Kol.	+ 10 Kol.	+ 9 Kol.	+ 11 Kol.	+ 5 Kol.	+ 7 Kol.	—		
Albargin 1‰ + 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung + 30 ccm Desinfektionsflüssigkeit	+ 18 Kol. — —	+ 14 Kol — —		+ 5 Kol. — —		+ 3 Kol. — —	— — —	— — —	— — —
Ammoniumpersulfat 1% + 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung + 30 ccm Desinfektionsflüssigkeit + 0,5 ccm einer 1%igen KJ-lösung = 5 mg KJ	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —
Chinosol 1‰ + 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung + 30 ccm Desinfektionsflüssigkeit		+++		+		—	—	—	—

Ein Zusatz von dünner Kochsalzlösung analog obigem Jodkalizusatz zur Ammoniumpersulfatlösung konnte ihre Desinfektionskraft nicht erhöhen.

Aus diesen vergleichenden bakteriologischen Untersuchungen gewinnt man ohne weiteres eine klare Vorstellung, daß Ammoniumpersulfat dem Albargin an Desinfektionskraft nicht nachsteht, während es ihm durch seine absolute Reizlosigkeit, seine wasserklaren Lösungen, nicht zuletzt

Digitized by Google

seine Billigkeit geradezu überlegen ist. Lediglich in der Schnelligkeit der Abtötung übertreffen die Silberpräparate das Ammoniumpersulfat, was ja ganz erklärlich ist, da bei letzterem die Desinfektionskraft auf Oxydation beruht und dazu eben etwas Zeit nötig ist. Aber auch dieser Unterschied läßt sich sofort beseitigen, ja, die Lösung erreicht beinahe die Desinfektionskraft des Sublimats durch Zusatz von etwas Jodkalium, wodurch freies Jod entsteht, das, wie alle Halogene (Chlor, Brom und Jod), umgekehrt proportional dem Atomgewicht an Desinfektionskraft dem Sublimat nahe steht. Stärkere Jodlösungen bewirken allerdings Harndrängen, verdünnte dagegen machen keine Beschwerden; sie sind jedoch vollständig entbehrlich. Dieser Unterschied in der Schnelligkeit der Wirkung, der sich bei den Kulturversuchen zeigt, ist praktisch ohne Bedeutung, da ja die Desinfektionsflüssigkeiten immerhin längere Zeit mit der Schleimhaut in Berührung bleiben, auch längere Zeit noch nach einer Spülung beispielsweise. Daß dieser Unterschied praktisch ohne Bedeutung ist, haben auch empirisch die klinischen Resultate gezeigt, die ich bereits vor der bakteriologischen Prüfung zur Verfügung hatte. Die therapeutisch erreichbaren Resultate sind die gleichen wie bei Albargin und den übrigen Silberpräparaten.

Daß sich Ammoniumpersulfat bei Berührung mit organischen Substanzen rasch zersetze und so unwirksam wäre, ist nicht zu befürchten. Daher kommt ihm auch neben der bakterientötenden Wirkung noch eine große entwicklungshemmende Eigenschaft zu, die den meisten Desinfektionsmitteln, deren Wirkung auf Oxydation beruht, wie Wasserstoffsuperoxyd, Kalipermanganat usw. in dem Grade fehlt, da sie sich mit organischen Stoffen zersetzen.

Um die entwicklungshemmenden Eigenschaften des Ammoniumpersulfats festzustellen, wurde wie folgt verfahren: Es wurden je 10 ccm flüssigen Agars bei ca. 40° mit 0,1 ccm einer Bakteriumkoliaufschwemmung versetzt und zu Platten gegossen. Der Versuchsplatte wurde 1 ccm einer 10%igen Ammoniumpersulfatlösung = 0,1 g außerdem beigefügt. Nach 24stündiger Brutzeit entwickelten sich auf der Kontrollplatte unzählige feinste, stecknadelkopfgroße Kolonien, während die Ammoniumpersulfatplatte steril war und blieb. Dieses Resultat war in mehreren Versuchen dasselbe, auch in einem mit Staphylococcus pyogenes aureus angestellten Versuch. Des weiteren wurden 100 ccm Urin und 100 ccm einer Mischung aus 50 ccm Urin und 50 ccm einer 1%igen Ammoniumpersulfatlösung, ferner weitere 50 ccm Urin mit der doppelten Menge Ammoniumpersulfatlösung mit je 0,1 ccm Koliaufschwemmung geimpft. Der Kontrollurin war schon nach wenigen Stunden trübe, der mit Ammoniumpersulfat versetzte Urin absolut klar. Nach Zentrifugieren ließen sich im Kontrollurin

Digitized by Google

am anderen Tage im Sedimente zahlreiche Kolibazillen nachweisen. Nicht dagegen im Ammoniumpersulfaturin. Ein Ausstrich auf Agar nach sieben Tagen ließ im Kontrollurin reichlich Kolikolonien aufgehen, während der Ausstrich des mit Ammoniumpersulfat versetzten Urins steril blieb. Erst am achten Tage ging im Ammoniumpersulfaturin eine kugelige Schimmelpilzkolonie auf. Im Urin jedoch, der die doppelte Menge Ammoniumpersulfat enthielt, geschah dies erst nach neun Tagen. Die $^1/_2$ %ige Ammoniumpersulfatlösung, die durch Verdünnung der 1 %igen mit dem Urin entstand, war also nicht nur imstande, die Bakterienentwicklung zu hemmen, sondern sie hat sogar die eingeimpften Bakterien abgetötet bei Gegenwart organischer Substanzen.

Da Ammoniumpersulfat ein neutrales Salz ist und bei seiner Umwandlung neben Ozon Ammoniumsulfat, einen ebenso indifferenten Körper wie das ihm analog gebaute Glaubersalz, als Endprodukt liefert, so kann es auch in hoher Konzentration angewandt werden, die jedoch nach den Erfahrungen der Praxis und des bakteriologischen Experimentes entbehrlich sind.

Von der Prüfung an Gonokokkenstämmen glaubte ich absehen zu dürfen, da bereits vor der bakteriologischen Prüfung, wie erwähnt, die guten klinischen Resultate der Ammoniumpersulfattherapie zur Verfügung standen und das Präparat auch zur Bekämpfung anderer Infektionen der Harnröhre geeignet schien.

Seine weiteren Eigenschaften lassen sich bei einem Vergleich der Vorzüge des Präparates mit den organischen Silberpräparaten erkennen.

Der Hauptvorzug vor allen organischen Silberpräparaten liegt in der starken sekretionsbeschränkenden Wirkung des Ammoniumpersulfats, ohne daß es selbst ein Adstringens ist, dessen Anwendung in der ersten Behandlungszeit nicht indiziert wäre. Die Sekretionsbeschränkung erfolgt hauptsächlich durch Abtötung der Gonokokken, zum größten Teil wahrscheinlich aber durch hochgradige oxydative Zerstörung der Toxine und dadurch erfolgter Aufhebung der positiven Chemotaxis auf die Leukozyten. Dies machen die Versuche von Sieber sehr wahrscheinlich, der gezeigt hat, daß es gelingt, in kurzer Zeit Diphtherietoxin, Tetanotoxin und Abrin zu entgiften, wenn man sie mit H_2O_2 oder CaO_2 zusammenbringt. Der in statu nascendi entstehende Sauerstoff wird von dem Autor für die Entgiftung verantwortlich gemacht. Auf die eventuelle Verwendung des Ammoniumpersulfats zur intravenösen Injektion bei Infektionskrankheiten sei hiermit verwiesen. Möglicherweise lassen sich damit ebenfalls die Toxine zerstören, was für den Krankheitsverlauf von größter Bedeutung sein könnte.

Im Gegensatz zu den Silberlösungen ist Ammoniumpersulfat absolut

Digitized by Google

farblos, wasserklar löslich und erleidet auch keine Veränderungen durch Licht oder sonstige chemische oder physikalische Einflüsse, wodurch die lästigen Flecke in der Wäsche sowohl von Arzt als Patient vermieden werden.

Aus dem Präparat hergestellte Tabletten[1]) lösen sich innerhalb 5—10 Sekunden im Gegensatz zu den Tabletten der Silberpräparate, die zu einer Auflösung oft Stunden gebrauchen.

Während die Silberpräparate in der angewandten Konzentration ab und zu Reizwirkungen im Gefolge haben, ist dies beim Ammoniumpersulfat nicht der Fall, wie das ja auch von einem neutralen Salz nicht anders zu erwarten ist, zumal es kein Schwermetallsalz ist. Das Präparat ist außer zur Gonorrhoebehandlung auch zur Therapie anderer bakterieller Infektionen der Harnwege geeignet.

Es gestattet eine ausgedehnte Prophylaxe, da es auch in fester Form transportiert und mit einem indifferenten Körper verdünnt in Substanz angewendet werden kann.

In letzter Linie ist vielleicht noch sein billiger Preis ein nicht zu unterschätzender Vorzug.

Als einziger Nachteil des Präparates kommt in Betracht, daß Metallgegenstände durch die stark oxydierenden Eigenschaften des Präparates angegriffen werden, wenn sie längere Zeit in den Lösungen liegen, was sich jedoch vermeiden läßt, wenn sie gleich nach Gebrauch mit Wasser abgespült werden. Aus diesem Grunde verwendet man zweckmäßig Kautschukglasspritzen an Stelle von Metallspritzen, wenn keine Janetsche Einrichtung zur Gonorrhoebehandlung vorhanden ist.

Was nun die klinischen Erfahrungen anlangt, die sich auf ca. 25 Fälle erstrecken, so stehen die erreichten Resultate denen durch Silberpräparate erreichbaren nicht nach. Daß dies der Fall ist, läßt sich aus den mitzuteilenden Krankengeschichten leicht ersehen, von denen ich einige ausgewählt habe, die die Wirkung besonders klar zeigen. Die übrigen sind den angeführten ähnlich.

Gleich der erste mit Ammoniumpersulfat behandelte Fall akuter Gonorrhoe verlief abortiv mit Erfolg in der von den Silberpräparaten her bekannten Weise.

Fall 1, Kaufmann. 7. V. Kommt abends und gibt an, seit heute früh Ausfluß zu haben. Dünnes Sekret, Gc reichlich +++, teilweise intrazellulär liegend, Epithel spärlich. Erhält täglich zweimal eine Spülung mit 1%iger Ammoniumpersulfatlösung. Urin I getrübt, Urin II klar.

8. V. Kommt mit Nachturin. Gc —, L +, E +. Mittags derselbe Befund.

9. V. Gc —, Leukozyten unscharf, Epithel reichlich vorhanden, Sekret äußerst spärlich. Urin I klar, Fäden, Urin II klar.

[1]) Vorrätig Dr. Brettschneiders Apotheke, Berlin, Nr. 24.

Digitized by Google

10. V. Patient kommt stets mit Nachturin. Gc —, Epithel reichlich, L spärlich.

11. V. Gc —, Epitel reichlich, nur vereinzelte Leukozyten. Nach acht Spülungen während vier Tagen wird die Therapie eingestellt.

12. V. Kommt mittags mit Urin vom Abend vorher. Kein Sekret. Beim Auswischen der Harnröhre erhält man lediglich einige vereinzelte Epithelien.

13. V. Hat gestern abend Bier und Likör getrunken. Heute kein Sekret. Volle Blase seit zehn Stunden. Rein epithelialer Ausstrich. Urin absolut klar. (Die Überträgerin seiner Infektion ist inzwischen wegen Gonorrhoe ins Krankenhaus aufgenommen worden.)

16. V. Hat heute kein Sekret. Rein epithelialer Ausstrich, hat jeden Tag Alkohol genossen.

22. 8. Bei einer Konsultation $^1/_4$ Jahr später aus anderen Gründen erklärt Patient, damals gesund geblieben zu sein.

Fall 2, Leutnant. Seit einigen Wochen Gonorrhoe, die mit Albargin behandelt wurde.

13. V. Verunglückt heute beim Speerwerfen derart, daß ihm ein Speer den linken Fuß durchbohrte. Nachdem schon längere Zeit der Gonokokkenbefund negativ war, und die Harnröhre nicht die mindesten Entzündungserscheinungen aufwies, ist am Tage nach dem Unfall wieder reichlich dünnes eitriges Sekret vorhanden unter starker entzündlicher Mitbeteiligung der Harnröhre. Gonokokken massenhaft +++. Durchspülung der Harnröhre mit 1%iger Ammoniumpersulfatlösung. Am Abend injiziert Patient dieselbe Lösung.

14. V. Selbst auf Druck entleert sich nur ein Tropfen Sekret von weißlichgelber Farbe. Gc —, Urin I klar, Fäden, Urin II klar.

15., 16., 17. V. Gc —.

18. V. Gc spärlich +, gibt zu, gestern Sekt getrunken zu haben.

28. V. Nachdem die Gonokokken dauernd verschwunden geblieben und eine Provokation erfolglos blieb, wird Patient Mitte Juni geheilt entlassen.

Fall 3, B., Korrespondent. 26. V. Seit gestern Gonorrhoe, Gc +++, L +, Epithel spärlich, Urin I trübe, Urin II klar. Täglich eine Spülung mit Ammoniumpersulfatlösung 1%. Da er auf einige Tage nach außerhalb verreist, injiziert er lediglich dieselbe Lösung.

29. V. Kein Ausfluß, kein Präparat möglich, entzog sich der Weiterbehandlung und ist anzunehmen, daß in diesem Falle die Abortivkur von Erfolg begleitet war, da bei der letzten Konsultation bereits keine Symtome mehr bestanden, und mich der betreffende Herr als alter Patient anderenfalls sicher wieder aufgesucht hätte.

Fall 4, B., Medizinalpraktikant. 2. VII. Hat sich eine Injektion mit einem Antigonorrhoikum unbekannter Natur gemacht. Gc +, L +, erhält während 4—5 Tage täglich eine Spülung mit Ammoniumpersulfat nach Janet. Abortivkur ist gelungen und von meinem Vertreter nach wiederholten Vorstellungen gesund befunden worden.

Fall 5, P., Marinestabsarzt. Bakterielle Infektion der Harnröhre.

4. VII. Klagt über geringen Ausfluß und Verklebtsein der Harnröhre. Gc —, L +, B + (Stäbchen), E +, erhält Ammoniumpersulfatspülung nach Janet.

3. VII. L + spärlich, B +. Bakterieller Befund stets —, wird nach einigen Tagen gesund entlassen.

Wir sehen die prompte Wirkung des Präparates. Gleich der erste Fall verlief abortiv in derselben Art und Weise, wie wir dies auch von den Silberpräparaten gewöhnt sind. Ebenso Fall 3 und 4. Es ist daraus

Digitized by Google

zu ersehen, daß es also möglich ist, frische Fälle von Gonorrhoe in ebenso kurzer Zeit mit Ammoniumpersulfat zu kupieren wie mit den Silberpräparaten. Daß auch einige Mißerfolge bei der abortiven Behandlung zu verzeichnen waren, wird uns nicht wundernehmen, wenn wir uns der Gründe, die ja bekannt sind, die diese veranlassen können, erinnern. In Fall 2 sehen wir, wie die Gonorrhoe nach mehreren Wochen nochmals hochgradig akut wird infolge eines Unfalles. Die Erklärung ist wohl die, daß der Körper seine Schutzkräfte in vollem Maße auf die durch den Speerwurf bedingte Wundinfektion gerichtet hat und die Gonokokken daher imstande waren, nochmals festen Fuß zu fassen. Gleich nach der ersten Spülung sollten sie mit nur einer Ausnahme dauernd im Sekret verschwinden. Fall 4 demonstriert die Verwendung des Präparates auch zu anderen bakteriellen Infektionen der Harnwege. Für seine absolute Reizlosigkeit sprach noch folgende Tatsache: Ein Patient, der mit Albargin von anderer Seite vorbehandelt wurde und der nicht nur mit starkem Ausfluß und hochgradiger entzündlicher Mitbeteiligung der Schleimhaut nebst einem Ödem des Präputiums in meine Behandlung kam, vertrug in diesem Stadium Ammoniumpersulfat ohne Beschwerden, ja, am nächsten Tage waren zu meinem Erstaunen bereits alle hochgradig entzündlichen Symptome nebst der Sekretion auf ein Minimum herabgesunken trotz der eigentlich kontraindizierten Injektionstherapie.

Technisch wurde folgendermaßen verfahren: Rechtzeitig erscheinende Patienten wurden einer Abortivbehandlung unterworfen. Nach spontaner Harnentleerung wurde von Anfang an die Anterior und Posterior mit der 1%igen Lösung nach Janet gespült. Nach der Spülung wurde die Blase entleert und der Patient erhielt nochmals eine Blasenfüllung von ungefähr 150—200 ccm, die er möglichst lange bei sich behalten sollte. Wenn er diese nach einigen Stunden entleerte, konnte er quasi eine weitere Spülung dadurch ersetzen, in derselben Weise, wie ich dies schon bei der Albargintherapie [1]) beschrieb. Zu Hause wurde anfänglich eine 1%ige Lösung, später eine 2%ige injiziert, die man acht Minuten einwirken ließ.

Die Verwendung des Ammoniumpersulfats zu einer kombinierten Therapie, Ammoniumpersulfat äußerlich, Jodkalium innerlich, worüber ich demnächst ausführlicher berichten will, behalte ich mir ausdrücklich vor.

Zusammenfassung.

Nach den mitgeteilten Krankengeschichten und den übrigen gemachten Erfahrungen komme ich zu dem Resultat, daß Ammoniumpersulfalt die Silberpräparate bei der Behandlung der Gonorrhoe völlig er-

[1]) Derm. Zbl.

Digitized by Google

setzen kann, ja sie in gewissen Eigenschaften sogar übertrifft. Seine Hauptvorzüge gegenüber den Silberpräparaten sind außer seiner absoluten Reizlosigkeit seine sekretionsbeschränkende Wirkung, die wahrscheinlich zum größten Teil auf hochgradiger oxydativer Zerstörung der Toxine und dadurch aufgehobener positiver Chemotaxis beruht. Ferner, daß seine Lösungen absolut wasserklar sind, keine Flecke in Wäsche von Arzt und Patient auch nicht nach Einwirkung des Lichtes erzeugen und seine Tabletten momentan wasserlöslich sind. Es eignet sich auch zur Behandlung anderer bakterieller Infektionen und kann somit eine allgemeinere urethrale Anwendung finden. Daß es in fester Form zu prophylaktischen Zwecken dienen kann, wird ein weiterer Vorteil sein. Sein billiger Preis endlich dürfte seine Verbreitung ungemein erleichtern.

Aus dem Institut für Hygiene der Kgl. Universität Turin
(Vorstand: Prof. Luigi Pagliani).

Experimenteller Beitrag zur Ätiologie der Pellagra.

Von
Dr. Karl Rühl.

(Schluß.)

Vergleichen wir nun die Beobachtungen, die ich bei den Tieren der Gruppen G und H machte, mit denjenigen, die ich bei Gn und Hn machte, so sehen wir, daß sich das rote Licht bei jungen, in ihrer Entwicklung begriffenen Tieren schädlich erwies, während es bei erwachsenen, vollentwickelten Tieren keine schädliche Wirkung entfaltete. Wo dieser schädliche Faktor allein wirkte, hatte er nur eine Verzögerung der Entwicklung zur Folge (Gruppe G), wo neben ihm noch ein weiterer schädlicher Faktor, nämlich die einseitige Maisdiät, mitwirkte, gingen 80% der Tiere zugrunde (Gruppe H). Offenbar handelt es sich hierbei nicht um eine schädliche Wirkung des roten Lichtes als solches, sondern um einen schädlichen Einfluß der Ausschließung der übrigen und besonders der chemisch aktiven violetten und ultravioletten Strahlen des Spektrums.

Diese Beobachtung steht mit von anderen Autoren gemachten ähnlichen Wahrnehmungen im Einklang. Young, der Versuche mit Eiern von einigen Amphibien und Fischen ausführte, fand, daß violettes Licht die Entwicklung in merklicher Weise beschleunigte und daß rote und grüne Strahlen sich schädlich erwiesen, so daß eine vollständige Entwicklung der Eier zu Embryonen nicht stattfinden konnte, während

Digitized by Google

Lichtabwesenheit die Entwicklung der Embryonen nicht verhinderte, aber verzögerte. Nach Freund soll violettes Licht die Entwicklung und das Gedeihen der Seidenraupen günstig beeinflussen, während bei Polypen das blaue Licht und überhaupt der ganze chemische Anteil des Spektrums das Wachstum befördern, rotes Licht und Dunkelheit die Wachstumsenergie hemmen soll. Lebedde und Pautrier haben beobachtet, daß die blauvioletten Strahlen einen wachstumbeschleunigenden Einfluß auf Froschlarven ausüben. Poey hat gesehen, daß zwei Monate alte Ferkel sich in violettem Licht besser entwickelten als in weißem Licht, und gibt an, daß die violetten Strahlen einen ähnlichen günstigen Einfluß auf ein Kalb ausgeübt haben sollen, das äußerst schwach zur Welt gekommen war. Freund gibt an, daß man in Laboratorien die Beobachtung machen kann, daß Kaninchenjunge im Dunkeln zugrunde gehen. Jesionek erinnert daran, daß unter den Landwirten vielfach die Überzeugung herrscht, daß das Vieh in sonnigen Ställen besser gedeihe als in dunkeln.

Wenn ich nun meine Beobachtungen kurz zusammenfassen will, so komme ich zu folgenden

Schlußfolgerungen.

Man kann (weiße) Ratten während drei Monaten mit dem vitaminlosen Teile des Maiskorns füttern, ohne daß irgend welche Krankheitserscheinungen auftreten. Auch fressen Ratten, soweit sie genügend Maiskorn zur Verfügung haben, nur den zentralen, also vitaminlosen Teil der Körner, eine Tatsache, die, wenn man bedenkt, daß Tiere naturgemäß, d. h. ihrem alimentären Instinkte folgend, zuerst immer dasjenige als Futter wählen, was für ihren Organismus notwendig und zuträglich ist, jedenfalls nicht von zu unterschätzender Bedeutung ist. Meine Beobachtungen sprechen also gegen die Funksche Auffassung der Pellagra als eine Avitaminose und überhaupt gegen die von Funk behauptete Schädlichkeit einer vitaminlosen Diät.

Man kann (weiße und schwarze) Ratten während mehrerer Wochen und Monate unter der kombinierten Wirkung der ausschließlichen (oder fast ausschließlichen) Maisdiät und des Tageslichtes (und der Sonnenbestrahlung) halten, ohne daß pellagraähnliche oder irgend sonst welche Krankheitserscheinungen auftreten. Diese Beobachtung spricht gegen die Raubitschekksche Auffassung der Pellagra als eine Folge einer photodynamischen Wirkung.

Gegen die Raubitschekksche Theorie spricht übrigens eine weitere Beobachtung, die ich machen konnte, und zwar folgende:

In der Gegend (Tal von Champorcher im Piemont), in der ich

Digitized by Google

meine Sommerferien zu verbringen pflege, begeben sich gewöhnlich die Hirten mit ihrem Vieh (Kühe, Schafe, Ziegen) im Juni nach dem Hochgebirge und kehren erst gegen Mitte September zurück; während dieser drei Monate ernähren sie sich fast ausschließlich mit Mais (in Form von Polenta) und Milchprodukten (hauptsächlich entrahmte Milch und magerem Käse) und verbringen den allergrößten Teil des Tages im Freien unter der jedenfalls stark scheinenden Sonne. Sie leben also unter Verhältnissen, die die denkbar günstigsten für die Entstehung der Pellagra sein würden, wenn die Ätiologie von dieser wirklich auf einer photodynamischen Reaktion beruhte. Ich habe nun im vorigen Sommer in der ganzen Gegend und besonders in dem höheren Teile des Tales (2000 bis 2800 m ü. M.) eine Umfrage gehalten und sämtliche Bewohner der Sennhütten untersucht, konnte aber bei etwa 100 Personen, die seit mehreren Jahren den Sommer im Hochgebirge verbringen und damals seit mehr als zwei Monaten auf den Höhen lebten, und die ich untersuchte, keinen einzigen Fall von Pellagra oder auch nur von pellagraähnlichen Erscheinungen beobachten.

Literatur.

Alessandrini, G., Nuove ricerche sulla etiologia della pellagra. Policlinico, S. P., 1910, Nr. 20. — Alessandrini, G., Nuove ricerche sulla etiologia della pellagra. Policlinico, S. P., 1910, Nr. 26. — Alessandrini, G., Sulla pellagra in Italia. — Osservazioni epidemiologiche. Annali d'Igiene sperim., 1910, Bd. 20, Nr. 4. — Alessandrini u. Scala, A., Contributo nuovo alla etiologia e patogenesi della pellagra. Annali d'Igiene sperim., 1914, Bd. 24. — Alessandrini u. Scala, Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Pellagra. Zschr. f. Chemother. u. verw. Geb., 1914. — Alvisi, L'estratto acquoso di mais guasto come mezzo diagnostico di pellagra. Rivista pellagrologica italiana, 1912, Nr. 6. — Aschoff, Handb. der allg. Path. von Krehl und Marchand. Bd. 1, S. 159. — Audenino, G., Mais e Pellagra. Contributo sperimentale allo studio del problema etiologico della pellagra. Archivio di Antropolog. crimin., Psichiatria e Medicina legale, 1913, Bd. 34, Nr. 1. — Bezzola, Beitrag zur Kenntnis der Ernährung mit Mais. I. Einwirkung der Maisfütterung auf Meerschweinchen. Zschr. f. Hyg., 1907, Bd. 56. — Busck, G., Über die Pathogenese des Buchweizenexanthems. Mitt. aus Finsens Med. Lysinst., 1905, Nr. 9. — Carbone u. Cazzamalli, Studi sulla eziologia della pellagra. Soc. ital. di Igiene, 1914, Nr. 4 u. 51. — Centanni, E. u. Galassi, C., Sul doppio effetto, tossico e unilaterale, dell' alimentazione maidica. Atti dell' 8ª Riunione della Soc. Ital. di Patologia, 1913, S. 142. — Cesa-Bianchi, D., Ricerche sulla pellagra. Atti della Soc. lombarda di Science mediche e biologiche, Bd. 3, Nr. 1. — Cesa-Bianchi, D., Osservazioni cliniche e ricerche sperimentali sulla pellagra. Clinica Medica Italiana, 1914. — Cesa-Bianchi, D., Sulla presunta reazione di ipersensibilità dei pellagrosi. Pathologica, 1914, Nr. 132. — Cesa-Bianchi, D. und Vallardi, C., Maisernährung und Überempfindlichkeit gegen Maisextrakte. Zschr. f. Immunitätsforschung und exper. Ther., 1912, Bd. 15, Nr. 4—5. — Dafert u. Kornauth, Über die Verwendung von verdorbenem Mais in der Landwirtschaft und in ihren Gewerben. Mitt. der landwirtschaftl.-chem. Versuchsst.: Ref. Zbl. f. Chemie, 1909, I. — Dreyer, G., Sensibilisierung von Mikroorganismen und tierischen Geweben. Mitt. aus

Digitized by Google

Finsens Med. Lysinst., 1904, Nr. 7. — Essinger, L., Über die Wirkung photodynamischer Stoffe auf Fadenpilze. Inaug.-Diss., München 1905. — Finato, L. u. Novello, F., Ricerche sulla ipersensibilità dei pellagrosi. Gaz. internaz. di Med. e Chir., 1913, Nr. 44. — Fischer, H. u. Meyer-Betz, Zur Kenntnis der Porphyrinbildung. Zschr. f. physiol. Chemie, 1912, Bd. 82. — Freund, Grundriß der gesamten Radiotherapie, 1903. — Funk, C., Diät und diätetische Behandlung vom Standpunkt der Vitaminlehre. M. m. W., 1913, Nr. 17. — Funk, C., Zschr. f. physiol. Chemie, 1913, Bd. 88. — Funk, C., Die Vitamine: ihre Bedeutung für die Physiologie und Pathologie. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1914. — Funk, C., Prophylaxe und Therapie der Pellagra im Lichte der Vitaminlehre. M. m. W., 1914, Nr. 13. — Hausmann, W., Über die photodynamische Wirkung chlorophyllhaltiger Pflanzenextrakte. Biochem. Zschr., 1904, Bd. 12, Nr. 3—4. — Hausmann, W., Über die sensibilisierende Wirkung tierischer Farbstoffe und ihre physiologische Bedeutung. Biochem. Zschr., 1908, Nr. 14. — Hausmann, W. u. Kolmer, W., Über die sensibilisierende Wirkung pflanzlicher und tierischer Farbstoffe auf Paramäzien. Biochem. Zschr., 1908, Nr. 15. — Hausmann, W. u. Pribram, E., Über die zerstörende Wirkung der Galle auf Toxine und Antitoxine bei Belichtung. Biochem. Zschr., 1909, Nr. 17. — Hirschfelder, Gibt es besondere fluoreszierende Substanzen im Serum bei Pellagra. Zbl. f. Bakt., 1912, Orig., Bd. 66, Abt. I. — Horbaczewski. Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Ätiologie der Pellagra. Österreich. Sanitätswesen, 1910, Nr. 31, Beil.; u. 1912, Nr. 21. — Hüssy, P., Zur klinischen Bedeutung der Vitamine. M. m. W., 1914, Nr. 18. — Jakobsohn, La fluorescence et la tuberculin-réaction précoce. C. r. Soc. de Biol., Bd. 56. — Jakobson, R., Über die Wirkung fluoreszierender Stoffe auf Flimmerepithel. Inaug.-Diss., München 1901. — Jamada u. Jodlbauer, Die Wirkung des Lichtes auf Paroxydase und ihre Sensibilisierung durch fluoreszierende Stoffe. Biochem. Zschr., 1908, Bd. 8. — Jesionek, A., Lichtbiologie und Lichtpathologie. Prakt. Ergebnisse a. d. Gebiet der Haut- u. Geschlechtskrankheiten, 1912, Bd. 2. — Jodlbauer, A., Über die Bedeutung der Sauerstoffanwesenheit bei der photochemischen Reaktion im Ederschen Gemisch und in Eisenoxydlösungen. Zschr. f. physiol. Chemie, Bd. 59, Nr. 5. — Jodlbauer, A., Die sensibilisierende Wirkung fluoreszierender Stoffe (photodynamische Erscheinung). Jahrbücher üb. Leist. u. Fortschr. auf d. Gebiete der physik. Mediz., 1908, Nr. 1. — Jodlbauer, A. u. v. Tappeiner, Über die Wirkung photodynamischer (fluoreszierender) Stoffe auf Bakterien. M. m. W., 1904, Nr. 25. — Jodlbauer, A. u. v. Tappeiner, Wirkung der fluoreszierenden Stoffe auf Spalt- und Fadenpilze. D. Arch. f. kl. Med., 1905, Bd. 84. — Jodlbauer, A. u. Busck, G., Über die Wirkung von Fluoreszein und Fluoreszeinderivaten im Licht und im Dunkeln. Arch. intern. de Pharmacodynamie et de Thérapie, 1905, Nr. 15. — Lavinder, The prevalence and geographical distribution of pellagra in the United States. U. S. Publ. Health. Rep. for the year 1912. — Ledoux-Lebard, Action de la lumière sur la toxicité de l'éosine et de quelques autres substances. Ann. de l'Inst. Pasteur, 1902, Nr. 16. — Leredde u. Pautrier, Photothérapie, Photobiologie. Paris 1903. — Lewin, L., Über photodynamische Wirkungen von Inhaltsstoffen des Steinkohlenteerpechs am Menschen. M. m. W., 1913, Nr. 28. — Lode, W. kl. W., 1910, Nr. 31. — Morpurgo, Giornale della R. Accad. di Med., 1914, Nr. 1, S. 25. — Nightingale, Zeism or pellagra. Brit. m. J., 1914. — Pfeiffer, H., Über die Wirkung des Lichtes auf Eosin-Blutgemische. W. kl. W., 1905, Nr. 9 u. 13. — Pisenti, G., L'ortodossia pellagrosa. Perugia 1912. — Pory, Influence de la lumière violette sur la croissance de la vigne, des cochons et des taureaux (zit. nach Jesionek). — Prieme, G., Des accidents toxiques produits par l'éosinate de sodium. Paris 1900. — Quiring, W., Weitere Untersuchungen über die Wirkung fluoreszierender Stoffe auf Labferment. Inaug.-Diss., München 1905. — Raab, O., Über die Wirkung fluoreszie-

Digitized by Google

render Stoffe auf Infusorien. Inaug.-Diss., München 1900. — Raab, O., Weitere Untersuchungen über die Wirkung fluoreszierender Stoffe. Zschr. f. Biologie, Bd. 44. — Radaeli, F. u. Cevidalli, A., Ricerche sperimentali sull' azione fotodinamica dell' ematoporfirina. Rendiconti XV Riunion. Soc. di Dermatologia e Sifiligrafia, 1913, S. 418. — Raubitschek, H., Zur Pathogenese der Pellagra. W. kl. W., 1910, Nr. 26. — Raubitschek, H., Zur Kenntnis der Pathogenese der Pellagra. Zbl. f. Bakt., Orig., 1911, Bd. 57, Nr. 9, Abt. I. — Raubitschek, H., Zur Frage einer spezifisch-diagnostischen Reaktion bei Pellagra. D. m. W., 1912, Nr. 46. — Riegner, H., Über die Wirkung photodynamischer Substanzen auf Labferment. Inaug.-Diss., München 1904. — Rondoni, P., Influenza dell' alimentazione maidica e della luce solare sui topi, in rapporto alla teoria fotodinamica della pellagra. Lo Sperimentale, 1911, Bd. 64, Nr. 9. — Rondoni, P., Sulla ipersensibilità delle cavie maidizzate di fronte al siero di sangue dei pellagrosi con considerazioni sulla genesi della pellagra. Riv. pellagrol. ital., 1914. — Sacharoff und Sachs, H., Über die hämolytische Wirkung der photodynamischen Stoffe. M. m. W., 1905, Nr. 7. — Salvendi, N., Über die Wirkung der photodynamischen Substanzen auf weiße Blutkörperchen. D. Arch. f. kl. Med., 1906, Bd. 87. — Sormani, C., Ricerca sperimentale sulla teoria fotodinamica della pellagra. Atti del 5° Congresso pellagrologico italiano, Pavia 1912, Ed. Mattei. — v. Tappeiner, Über die Wirkung fluoreszierender Stoffe auf Infusorien nach Versuchen von O. Raab. M. m. W., 1900, Nr. 1. — v. Tappeiner, Die photodynamische Erscheinung (Sensibilisierung durch fluoreszierende Stoffe). In: Asher und Spiro, Ergebnisse der Physiologie, 1909, Nr. 8. — v. Tappeiner und Jodlbauer, A., Über die Wirkung der photodynamischen (fluoreszierenden) Stoffe auf Protozoen und Enzyme. D. Arch. f. kl. Med., 1904, Bd. 80. — Umnus, O., Die photobiologische Sensibilisierungstheorie in der Pellagrafrage. Zschr. f. Immunitätsforsch. u. exper. Ther., 1912, Bd. 13, Nr. 5. — Volpi, Ghirardini u. Zuccari, Riv. pellagrologica, 1913. — Volpino, Atti del Congr. Pellagrol., Bergamo 1912. — Volpino, G., Sulla presenza di sostanze protettrici nella cariosside di grano turco e sulla reazione di ipersensibilità dei pellagrosi. Pathologica, 1914, Nr. 129. — Volpino, G., Il monofagismo ed i suoi rapporti con la pellagra. Gazzetta internaz. di Med. e Chirurg., 1914, Nr. 14. — Volpino, G., Riv. pellagrologica italiana, 1914, Bd. 14, S. 18. — Volpino, G., Policlinico, S. P., 1914, Bd. 21, S. 349. — Volpino, Bordoni, Mariani u. Alpago-Novello, Ricerche sulla pellagra. Note 1ª u. 2ª. Riv. di Igiene e Sanità Publica, 1912. — Wellman u. Sparks, On. „Winter Cases" of Pellagra. J. of trop. Med. and Hyg., 1912, Nr. 15. — Young, E., De l'influence de différents couleurs du spectre sur le développement des animaux. Arch. de Zool. exp. et gén., 1878, Bd. 8. — Zeller und Jodlbauer, Die Sensibilisierung der Katalase. Biochem. Zschr., 1908. Bd. 8.

Fachzeitschriften.

The urologic and cutaneous Review.

Mai 1914.

1. Die Klinik der Syphilis im Lichte der Entdeckungen des 20. Jahrhunderts, von J. N. Bloom-Louisville. In den vier Jahrhunderten — vom Ende des 15. bis zum Ende des 19. Jahrhunderts — hat sich in der Therapie der Syphilis nichts Wesentliches geändert. Bald nach Einbürgerung der Krankheit in Europa kam das Hg als Heilmittel für dieselbe in Anwendung, und zwar zuerst in Form von Inunktionen. Das Hg behauptete seinen Platz als bestes Antisyphilitikum, wenn auch die Methoden der Einfüh-

Digitized by Google

rung insofern variierten, als neben den Inunktionen, d. h. der Einführung durch die Haut, sich auch diejenigen per os, ferner durch Inhalationen und endlich durch Injektionen Eingang verschafften. Das zirka im Jahre 1820 empfohlene Jod wurde zwar auch vielfach verabreicht, aber stets nur neben dem Hg. Dieser vierhundertjährige Stillstand erlitt den ersten Stoß, als im letzten Vierteljahrhundert des 19. Säkulums nach der Entdeckung der Tuberkelbazillen durch Koch auch für die Syphilis die Krankheitserreger von allen Seiten durch Kulturmethoden und Tierexperimente gesucht wurden, bis im Laufe eines Dezenniums vier große Entdeckungen erfolgten, die neue Aufklärung über das Wesen der Syphilis und neue Richtlinien für die Behandlung brachten, 1. die Entdeckung der Möglichkeit, die Syphilis auf niedere Tiergattungen zu überimpfen und an den Impftieren Studien zu machen. Die Wirksamkeit der von Roux und Metschnikoff zur Prophylaxe empfohlenen $33^1/_3\%$ Kalomelsalbe ist nach dem Verfasser noch „sub judice"; 2. die Entdeckung der Spirochaeta pallida als des Erregers der Syphilis; 3. die Entdeckung der Wassermann-Reaktion; 4. die Entdeckung einer Arsen-Medikation, die die Parasiten tötet, ohne den sie beherbergenden Organismus zu schädigen.

Die Spirochaeta pallida ließ sich in allen Affektionen des I., II. und III. Stadiums der Syphilis, neuerdings auch in den sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen nachweisen, und ohne Übertreibung kann man sagen, daß mehr als 1 Million WR in der gesammten Welt gemacht und ebensoviel Salvarsan-Injektionen verabreicht worden sind.

Der Verfasser erörtert dann ausführlich die Frage, ob positive WR immer ein Symptom einer noch aktiven Syphilis sei oder nur ein Zeichen für eine irgendwann einmal stattgehabte und ausgeheilte Infektion; damit steht im Zusammenhang die Frage, ob man auf eine solche positive WR hin bei einem gesunden Menschen, dessen Erkrankung mehrere Jahrzehnte zurückliegt, der inzwischen verheiratet und Vater gesunder Kinder ist, nach Durchführung einer Reihe von Kuren seit vielen Jahren keinerlei Manifestationen der Syphilis gehabt hat, von neuem mit einer Behandlung beginnen solle, bis die Umwandlung der Reaktion zur negativen gelungen ist. Verfasser betont, daß man speziell in Deutschland von alleiniger Salvarsanbehandlung ganz abgekommen zu sein scheint und sogar für die Hg-Behandlung die energischste Form derselben zu wählen pflege, nämlich: intramuskuläre Injektionen mit unlöslichen Salzen.

Der Verfasser bemerkt dann, daß er in den ersten $1^1/_2$—2 Jahren keine Intervalle in der Behandlung eintreten läßt, da er der Meinung ist, daß die erste Zeit post infectionem zu kostbar wäre, um Monate unausgenützt verstreichen zu lassen. Von seinem Material berichtet Bloom, daß er 18 Monate Altsalvarsan und ebensolange Neosalvarsan, und zwar in $^4/_5$ der Fälle intravenös angewendet habe; da er nicht jederzeit WR hätte anstellen lassen können, so könne er nur schätzungsweise sagen, daß er weder in bezug auf die augenblickliche klinische Wirkung, noch auf die Rezidive einen Unterschied zwischen den beiden Präparaten hätte feststellen können.

Die noch mangelhafte Wirksamkeit der Arsenobenzolpräparate bei spezifischen Erkrankungen des Zentralnervensystems und des Gefäßsystems schiebt Bloom darauf, daß beim Sitze der Erkrankungen in wenig vaskularisierten Gewebsstellen das Mittel nicht an die erkrankten Herde herankommen könne. Die Versuche von Swift und Ellis mit Injektionen von salvarsanisiertem Serum stecken nach des Verfassers Meinung noch in den Kinderschuhen. Überhaupt würden noch Jahre vergehen, ehe man die Wirkung der Arsenobenzolpräparate präzis werde bewerten können, und es bestände die Hoffnung, daß morgen oder sehr bald ein neues Präparat gefunden werden könne mit größeren therapeutischen und geringeren toxischen Effekten. Der Verfasser hofft auf weitere Vereinfachung in der Technik der intravenösen Injektionen. Bloom selbst empfiehlt für frische, unbehandelte Syphilis ungefähr folgendes Behandlungsschema: Zuerst nach gründ-

Digitized by Google

licher Untersuchung des Allgemeinzustandes eine intravenöse Injektion von Alt- oder Neosalvarsan, sofort im Anschluß daran acht intramuskuläre Hg-Salizyl-Injektionen, dann eine zweite Salvarsan-Injektion und anschließend eine sechswöchige Hg-Inunktionskur mit einer Schlußinjektion von Salvarsan. Da dann die Patienten gegen sofortige weitere Injektionen oder Inunktionen zu streiken pflegen, so gibt der Verfasser für zwei bis drei Monate Hg per os und stellt dann eine WR des Blutes und eine genaue Liquoruntersuchung an. Falls keine neuen klinischen Manifestationen auftreten, setzt Bloom das Hg-Verfahren mit Unterbrechungen von ein bis zwei Wochen zwischen jeder Kur (er rechnet 30 Einreibungen gleich zwölf Injektionen mit unlöslichen Hg-Salzen) fort; im andern Falle gibt er noch ein bis zwei Salvarsaninjektionen und dann fast ohne Unterbrechung Hg bis zum Ende des zweiten Jahres; nur im Notfalle läßt er Pausen eintreten, in denen er Jod verabfolgt. Im dritten Jahre gibt er je nach dem Ausfalle der WR wieder in langen Perioden Hg mit oder ohne Salvarsan. Im vierten Jahre will er zweimal je drei Monate lang Hg einverleiben und je nach dem Ausfall der WR Salvarsan und Jod. Die Hauptergebnisse der Entdeckungen der letzten Dekade faßt der Verfasser in neun Punkte zusammen, die im folgenden gipfeln: Durch den mikroskopischen Nachweis der Spirochäten und den Ausfall der WR sind wir oft in die günstige Lage versetzt, vor einer Allgemeininfektion des Organismus mit unsern Heilmitteln (Hg und Arsenobenzol) einzugreifen und so die allgemeine Durchseuchung des Körpers zu hindern oder wenigstens sehr abzuschwächen. Durch die WR auf die Antikörper sind wir in der Lage, ungefähr zu bestimmen, wieweit und ob uns die Heilung gelungen ist, und durch die Untersuchung des Liquors sind wir über das eventuelle Befallensein des Zentralnervensystems orientiert. In der folgenden Debatte bemerkt H. Dabney, daß er bei der sehr großen Anzahl von Fällen von Syphilis III habe konstatieren können, daß nicht das Alter der Patienten oder das Geschlecht oder ihre soziale und finanzielle Position oder ihre Erziehung irgend einen Anhalt für die Statistik über das Vorkommen von tertiären Erscheinungen liefere, sondern nur die ungenügende, wenig sorgsame Behandlung der Kranken im Frühstadium; meist seien dieselben nach ein oder zwei Hg-Kuren gelegentlich nach Hot Springs geschickt worden mit dem Bemerken, sie hätten nur einen „Anflug" von Syphilis gehabt. Weiterhin fällt Herrn Dabney der Widerspruch auf, daß Dr. Bloom vor Jahren festgestellt habe, daß bei genügend langer Behandlung kaum 4% der Syphilitiker tertiäre Erscheinungen bekämen, während er jetzt betone, daß trotz langer und intensiver Behandlung 66—75% noch positive WR zeigten; danach scheine ihm, selbst wenn man Fehlerquellen bei der Ausführung der Reaktionen in den Laboratorien annähme, doch noch nicht erwiesen, daß jede positive WR ein Zeichen von noch aktiver Syphilis sei. Im Anschluß berichtet er kurz einen Fall, wo eine positive WR bei sonstigem Fehlen aller Symptome von Syphilis bei einem Kinde zu der falschen Diagnose „Syphilis" und dementsprechender Behandlung geführt hatte; dadurch war die richtige Diagnose einer Hirnzyste übersehen resp. zu spät gestellt worden, und trotz sofortiger Operation blieb das Kind blind, mit einer Lähmung der linken unteren Extremität; da Herr Dabney noch ähnliche Fälle gesehen habe, so berechtige nach seiner Ansicht beim Fehlen aller andern Symptome ein positiver Ausfall einer WR nicht zur Stellung der Diagnose „Syphilis". Von den folgenden Rednern plädiert Herr H. Köhler für die intramuskulären Salvarsan-Injektionen, und Dr. Bloch berichtet von seinen der Zahl nach geringen aber günstigen Erfahrungen speziell mit Neosalvarsan intravenös bei syphilitischen Augenerkrankungen. Er betont aber sehr energisch, daß er speziell bei hereditärer Syphilis sehr gute Erfolge mit reiner Hg-Therapie gehabt habe, und macht vor allen Dingen auf die enorme Schädlichkeit des Alkohols für alle Syphilitiker aufmerksam und erhofft in diesem Punkte weitere Aufklärungen von Dr. Bloom.

Digitized by Google

Herr Irvin Tabell erwähnt einen Fall von Sarkom, in welchem die WR positiv war, und bittet Herrn Bloom um eine Aufklärung über diejenigen Fälle, in denen trotz Fehlens von Syphilis die WR positiv ausfällt. In seinem Schlußwort sagt Herr Bloom: Selbstverständlich hat ein WR-Ergebnis nur dann einen Wert, wenn dieselbe von einem zuverlässigen Manne gemacht worden ist und dann auch nur, wenn das betreffende Individuum, dessen Blut serologisch untersucht werden soll, nicht mehr unter unmittelbarem Einflusse von Hg steht. Die Frage, ob eine positive WR immer ein Zeichen von noch aktiver Syphilis ist, beantwortet er mit einem offenen: „Ich weiß es nicht", d. h. er selbst glaubt an die große Bedeutung der Reaktion und würde in den weitaus meisten Fällen empfehlen, Kuren einzuleiten, besonders da keine Krankheit teils absichtlich, teils unwissentlich, so oft von den Patienten in der Anamnese verschwiegen wird als die Syphilis, und zwar geschieht das auch von seiten sonst verständiger und einsichtiger Patienten. Was die Erteilung des Heiratskonsenses anlangt, so besteht nach Bloom die Fournierscbe Ansicht: „daß er weder seine Tochter noch sein Mündel einem Syphilitiker zur Frau geben würde, dessen Infektion nicht mindestens fünf Jahre zurückläge, und der nicht in diesen fünf Jahren gründlich behandelt worden wäre", noch heute fast uneingeschränkt zu Recht. Es sind Fälle bekannt, in denen auch nach fünf Jahren eine Übertragung vom Manne auf Frau und Kind stattgefunden hat, aber im allgemeinen könne man diesen Zeitraum als Maßstab nehmen, wenn in demselben eine intensive Behandlung stattgefunden hat. Auch hierfür liefert die WR, besonders die häufiger wiederholte, einen guten Anhaltspunkt.

In bezug auf die Salvarsan-, resp. Neosalvarsanmedikation kann er nur wiederholen, daß er nur Günstiges gesehen habe, daß er aber ein definitives Urteil darüber wie über die bessere Injektionsmethode nicht abgeben könne. Den Alkoholgenuß hält Bloom für jeden Syphilitiker für höchst verderblich und für die Syphilis des Zentralnervensystems prädisponierend. Daß die WR außer bei Lues auch bei Lepra, Scharlach und auch einigen andern Krankheiten positiv ausfallen kann, ist bekannt. Zum Schlusse warnt Bloom davor, bei einem Syphilitiker jede folgende Erkrankung, speziell Hauterkrankungen (wie Ekzeme und Urtikaria), auf die Syphilis zu beziehen und zu glauben, daß die Lues die Quelle aller Übel sei.

2. Über die Sero-Enzym-Probe auf Syphilis, von F. W. Baeslack-Detroit. Der Verfasser wurde angeregt durch die Erwägungen, die den Reaktionen von Abderhalden, Freund, Jessen, Fischer und anderen erst für die Diagnose der Schwangerschaft, dann von Tumoren, Hirnerkrankungen usw. zugrunde liegen. Er versuchte nun mittels eines Reagens, das er sich aus syphilitischem Gewebe (speziell Gummata) herrichtete, eine Methode, die Syphilisdiagnose zu finden, mit der feiner und exakter gearbeitet werden könnte als mit der WR. Im kurzen Referate, besonders da es sich nur um eine vorläufige Mitteilung handelte, lassen sich die Versuche von Baeslack nicht wiedergeben. Es sei nur erwähnt, daß er unter acht Fällen von Syphilis I dreimal mit seiner Sero-Enzym-Reaktion einen positiven Erfolg hatte, in denen die WR noch negativ ausgefallen war; auch bei frischer Syphilis II erzielte er von 18 Fällen viermal ein positives Ergebnis, während die WR noch negativ geblieben war. Verfasser verspricht sich große Erfolge von seinen Versuchen.

3. Über Strikturen in der Harnröhre des Mannes, von F. G. Mc Carthy-Terre Haute. Die Wichtigkeit einer richtigen Diagnose und Therapie der Harnröhrenstrikturen ist nicht nur bedingt durch die Häufigkeit des Vorkommens, sondern besonders durch die vitale Rolle, welche die Urethra für alle Organe des Urogenitalsystems spielt. Der Verfasser unterscheidet zwischen organischen und spastischen Strikturen. Die letzteren werden oft von einer kongenitalen Striktur am Meatus im Bulbus ausgelöst; sie

Digitized by Google

treten nur zeitweilig auf und sind nur ein passageres Hindernis beim Urinieren, das durch Medikamente beeinflußbar ist.

Die organischen oder fibrösen Strikturen, die meist im Lebensalter von 20—40 Jahren auftreten, und welche Folgeerscheinungen eines entzündlichen Prozesses sind, teilt der Verfasser in einfache lineäre, anuläre und geringelte Strikturen. Als häufigste Ursache betrachtet McCarthy die Blennorrhoe und zwar mehr die Akutität des Prozesses als die Dauer; er nimmt an, daß die heftige, akute Entzündung die Striktur und diese ihrerseits die Langwierigkeit des Prozesses veranlaßt. Auch nimmt der Verfasser an, daß nach einer einmal überstandenen Blennorrhoe die Schleimhaut fast nie mehr ihre normale Struktur wiedergewinnt. Die schlimmsten Formen von Strikturen sieht man aber oft nach Traumen, die das Perineum erlitten hat, und die längst von dem Patienten vergessen worden sind.

Strikturen nahe am Orificium sind oft Folgen von harten oder weichen Schankern. Obwohl von seiten der Ärzte durch unvorsichtiges Umgehen mit den Instrumenten oder zu stark reizenden Injektionsmitteln gewiß gelegentlich Strikturen hervorgerufen werden, so ist doch sicher die große Mehrzahl derselben auf Rechnung von zu scharf wirkenden Antiblennorrhoizis zu setzen, die der Patient selbst oder irgend ein Drogist zur Anwendung gebracht hat; wird ja doch bei keiner Krankheit so viel Kurpfuscherei getrieben als gerade bei der Blennorrhoe. In bezug auf die Behandlung sei nur kurz referiert, daß der Verfasser bei leicht reizbaren, sehr straffen Strikturen die Behandlung mit dem Messer derjenigen durch Sonden resp. Bougies vorzieht, und zwar bei Strikturen in der Pars anterior durch Urethrotomia interna; bei solchen in der Pars posterior rät der Verfasser zur Urethrotomia externa. In jedem Falle von Strikturenbehandlung — ob blutig oder unblutig — ist aber die größte Vorsicht und Sorgfalt geboten; selbst dann können sich bei jedem Dehnungsversuche Schüttelfrost und Fieber einstellen. Es folgen dann noch Vorschriften allgemeiner Art über Darreichung von Alkalien, Urotropin, heißen Sitzbädern, Kokainisieren, Diät usw., die nichts Neues bringen.

Zum Schluß bemerkt der Verfasser, daß die Zahl der Strikturen erheblich abgenommen habe, was wohl daran liegt, daß die Laienwelt, über die Gefahren der Blennorrhoe mehr aufgeklärt, sich von Sachverständigen behandeln läßt, und daß wir gelernt haben, lieber vorsichtig und mit Geduld als brüsk die Blennorrhoe zu behandeln.

4. Wie schafft man die Geschlechtskrankheiten aus der Welt? von Robert A. Bachmann-U. S. N. Verfasser betont, daß die Prostitution eine Frage der Ethik, die Unterdrückung und Beseitigung der Geschlechtskrankheiten eine Frage der Allgemeinheit sei. Beide sind eng, aber nicht untrennbar verbunden. Auch wenn es gelänge, die Prostitution gänzlich abzuschaffen, könnten Geschlechtskrankheiten bestehen bleiben. In der Prostitutionsfrage spielt eine erste Rolle die Erziehung, und eine rationelle allgemeine wie sexuelle Erziehung wird einen großen Einfluß auf die Ausbreitung der Prostitution haben, — nicht direkt so für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; hier kommt nicht einmal eine direkte sexuelle Aufklärung so sehr in Betracht, wie zwei Tatsachen beweisen: 1. daß der Prozentsatz der venerisch Erkrankten unter den Medizin Studierenden kein geringerer ist als im allgemeinen bei Männern, und 2. daß trotz der vorzüglichen Instruktionen, welche die Landarmee wie die Marine auf diesem Gebiet erhalten, keine so bedeutende Abnahme der Geschlechtskrankheiten zur Folge hat, wie man erwarten müßte. Das gleiche gilt von der zweiten Hauptmaßregel gegen die Prostitution, „der Kontrolle". Bei strenger Durchführung derselben wird die Prostitution vielleicht ihre Form wechseln, aber die Geschlechtskrankheiten werden bestehen bleiben.

Für die Verhütung der geschlechtlichen Infektion empfiehlt der Verfasser drei Maßnahmen, 1. an allen Plätzen der öffentlichen Prostitution müßten von seiten der

Digitized by Google

Stadt oder des Staates prophylaktische Maßnahmen quasi aufgenötigt werden, dabei soll streng auf die Befolgung der Metschnikoffschen Vorschrift geachtet werden. 2. Persönliche Bemühungen aller Ärzte, besonders der Spezialisten, um die Aufklärung und weitgehende Verordnung und eventuell Gratisverteilung der prophylaktischen Mittel. 3. Persönliche Prophylaxe eines jeden quasi als moralische Verpflichtung. „Wenn nach jedem illegitimen, verdächtigen geschlechtlichen Verkehr diese prophylaktischen Maßnahmen Platz griffen, so würden nach zehn Jahren die Geschlechtskrankheiten aufhören eine Gefahr für die Volksgesundheit zu sein." Zur Unterdrückung der Prostitution gehören andere Maßnahmen.

5. Nichtspezifische Harnröhrenentzündungen als Komplikationen akuter Tonsillitis, von E. Nicholas Hagin-Shargon. An der Hand von drei einschlägigen Fällen macht Hagin darauf aufmerksam, daß ebenso wie für viele andere Organe auch für die Harnröhre die Mandeln die Eingangspforten für Infektionserreger sein können; diese erzeugen dann auf der Harnröhrenschleimhaut eitrige Prozesse, die nur durch das Mikroskop als nichtblennorrhoisch festgestellt werden können. Diese nichtspezifischen Urethritiden können zugleich oder im Anschluß mit der Tonsillitis auftreten, sind meist leicht heilbar, selten rebellisch. Sie bieten die Symptome einer Blennorrhoe, aber meist nicht sehr intensiv.

6. Über die lokale Anwendung von Eisentinktur in der Dermatologie, von Hiram H. Seeliger-Davytona (Florida). Der Verfasser hat von lokaler Applikation von Tinct. ferr. chlorat. bei gewissen Dermatosen, bei denen ihn der sonstige Arzneischatz im Stiche ließ, so gute Erfolge gesehen, daß er das Mittel jetzt oft sofort bei juckenden Eruptionen mit roter entzündlicher Oberfläche in Anwendung bringt. Die ersten Erfolge hatte der Verfasser bei entzündlichen Schwellungen infolge eingewachsener Nägel, und diese ermutigten ihn, das Mittel bald in konzentrierter, bald in verdünnter Lösung bei erythematösen, urtikariellen, artifiziellekzematösen Dermatosen in Anwendung zu bringen. Selbst wenn die Applikation im Anfange schmerzhaft empfunden wurde, wurde es doch bald gut vertragen und pflegte das oft sehr lästige Jucken zu lindern. Die mitgeteilten Fälle sind sehr interessant, aber in ihrer Ausführlichkeit nicht zum Referieren geeignet.

7. Über syphilitische Pharyngitis unter Mitteilung von zwei Fällen, von Samuel G. Dabney-Louisville. Zwei Fälle von schwerer ulzeröser, tertiärer Rachensyphilis, von denen der eine durch eine Neosalvarsaninjektion mit folgender Hg-Inunktionsbehandlung und Jodkalium in 14 Tagen so weit gebessert wurde, daß er das Krankenhaus verließ; der andere — ein 45jähriger starker Trinker — wurde ebenfalls mit Salvarsan intravenös behandelt, ging aber zehn Tage nach der Injektion infolge von Nephritis zugrunde. Beide Fälle waren in der Frühperiode der Erkrankung höchst unzureichend behandelt worden. Der Verfasser empfiehlt bei tertiärer Rachensyphilis neben der Allgemeinbehandlung als ein oft wirksames lokales Mittel: Duschen des Nasenrachenraums mit heißem Salzwasser.

8. Mitteilungen über Befunde im Urin nach Anwendung von Salvarsan, von P. R. Klein-New York. Wie der Verfasser selbst hervorhebt, daß die Zahl der Veröffentlichungen über Veränderungen der chemischen Beschaffenheit des Urins nach Einverleibung von Salvarsan so unendlich groß wäre, daß es unmöglich sei, dieselben mit den an die Ergebnisse der Untersuchungen geknüpften Folgerungen in einem Artikel zusammenzufassen, so würde es mich hier zu weit führen, auf Details aus der vorliegenden knappen Zusammenfassung einzugehen. Unter 223 von ihm untersuchten Urinen fand Klein 200mal bedeutende Veränderungen mannigfaltigster Art. Kurz erwähnt sei nur die auffallende Vermehrung von Uraten (Hemiuraten und Tetrauraten);

Digitized by Google

Xanthin ist bei Syphilis oft schon vor Anwendung von Salvarsan vermehrt, während Hypoxanthin, Guanin und Adenin keine Vermehrung zeigten.

Von den Pigment- resp. Farbstoffen fand KLEIN das Urobilin bei der Syphilis III in einer gesteigerten Menge, die nach Salvarsan sehr zurückging; ebenso geht die an und für sich schon geringe Menge von Hämatoporphyrin (in der Leber gebildet) nach Salvarsan fast völlig zurück. Während die Menge von Levulose und Laktose in fast allen Fällen zurückging, änderte sich in einem Falle von adrenaler Glykosurie nichts an der Quantität. Glykuronsäure schien stark reduziert zu sein. O. Lasch-Breslau.

Bücherbesprechungen.

Röntgen-Therapie (Oberflächen- und Tiefenbestrahlung), von H. E. SCHMIDT-Berlin. Vierte neubearbeitete und erweiterte Auflage. Mit 83 Abbildungen. (Berlin 1915, August Hirschwald.) Vorliegendes Buch hat schon längst seine Siegeslaufbahn beschritten und gehört überall — bei allen Röntgenologen — zu dem ständigen Nachschlagewerk. Entsprechend den neueren Forschungen ist die neueste Auflage neu bearbeitet und erweitert. Es zerfällt in zwei Teile, den physikalisch-technischen, und den therapeutischen Teil. Die einfache, nicht gekünstelte Sprache, und die ausgezeichnete Einteilung führt den Anfänger mit Leichtigkeit in das wichtige physikalische Gebiet ein, ohne dessen Verständnis die moderne, wissenschaftliche Therapie nicht möglich ist. Der Lernende wird mit den Kathoden und Röntgenstrahlen und ihrer Entstehung bekannt gemacht, das Röntgeninstrumentarium wird in seinen einzelnen Teilen ihrem Zweck entsprechend vorgeführt, die verschiedenen bis jetzt angegebenen und geltenden Instrumente zur Prüfung der Quantität und Qualität der Röntgenstrahlen. Die Behandlung der Röntgenröhre und ihre Behandlung lassen uns schneller als durch die großen Werke das Gewünschte und Notwendige erlernen. Trotz seiner Kürze enthält das Büchlein alles, was wir sonst in den groß angelegten Handbüchern nur in breiterer Form wiederfinden. Der zweite Teil, der sich mit der Therapie und den Indikationen beschäftigt, führt uns von den ersten Versuchen bis zur fertigen Kenntnis der Röntgenkunst, berichtet uns über die Wirkungen, ihre Erfolge und ihre Schädigungen, deren Kenntnis dem Inhaber eines Röntgeninstrumentariums bekannt sein müssen, enthält auch einen Abschnitt über die forensische Bedeutung der Schädigungen und dient uns in seinem letzten Teil als tägliches Nachschlagebuch über die genaue Dosierung und Anwendung bei den einzelnen Krankheiten, bei denen der Röntgenapparat in Betracht kommt. Die vielen, guten Illustrationen machen dieses Büchlein zu einem ständigen Begleiter der Röntgentherapeuten. SCHMIDT, der über eine reiche Erfahrung verfügt, führt auch die Ansichten anderer Verfasser an, um den Lernenden auch mit anderen Methoden bekannt zu machen. W. Chrzelitzer-Posen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Salvarsans auf die kongenitale Syphilis des Fötus bei Behandlung der Mutter, von E. MEYER-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1914, Nr. 33.) Daß die Aussichten auf die Er-

Digitized by Google

zielung einer lebenden und womöglich gesunden Frucht trotz moderner Syphilis sehr wesentlich von der Behandlung der mütterlichen Infektion abhängen, ist schon aus mehreren früheren Publikationen zu entnehmen, und es sind auch verschiedene Beobachtungen erschienen, welche die Bedeutung der Salvarsanbehandlung auch auf diesem Gebiete betonen. Verfasser bestätigt auf Grund seiner Beobachtungen bei 43 Fällen von Syphilis in der Gravidität diese Erfahrung in vollem Maße, indem bei einer kombinierten Behandlung mit Salvarsan und Hydrargyrum salicylicum 42 Kinder lebend zur Welt kamen, und 37 mit den Müttern lebend aus der Entbindungsanstalt entlassen wurden. Spätere Nachforschungen ergaben, daß mindestens 26 Kinder das erste Lebensjahr noch erlebt hatten. Die Menge der verabreichten Medikamente betrug 1,6—3 g Salvarsan bei intravenöser Einführung und 0,5—1,0 Hg. Irgend welche Störungen ernsterer Art kamen hierbei nicht vor. Um festzustellen, ob bei dieser Therapie Salvarsan direkt auf den Fötus übertragen wird, hat M. 4 Nachgeburten auf das Vorhandensein von Arsen untersucht und dabei einmal einen geringen, jedoch deutlichen Arsenspiegel nach dem Marshschen Verfahren erhalten. Experimentelle Beobachtungen bei Kaninchen und Mäusen ließen keinen Übergang von Arsen in die Plazenta oder den Fötus erkennen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Technik der Sterilisation der Syphilis durch das Salvarsan, von Lereddde-Paris. (M. m. W., 1914, Nr. 10.) Im Gegensatz zu den meisten deutschen Verfassern glaubt L., daß man auf das Quecksilber verzichten und für die Syphilisbehandlung ausschließlich das Salvarsan resp. Neosalvarsan verwenden sollte. Allerdings muß sich dabei die Kur auf eine Zeitdauer von mehreren Monaten serienweise erstrecken, und die Ruhepausen sollen nicht zu lang bemessen sein. Früher hat Verfasser diese Intervalle auf zwei Monate durchschnittlich festgesetzt, doch erlebte er dabei öfters ein starkes Wiederansteigen der serologischen Reaktion, was ausblieb, als er nur dreiwöchige Pausen verordnete. Bei Patienten, welche eine starke Herxheimersche Reaktion gefährlicher Art erwarten lassen, Tabiker, Paralytiker und Kranke mit Herz-, Nieren und Leberaffektionen, soll die Initialdosis sehr klein sein, etwa 0,15 oder nur 0,1 Neosalvarsan, und die zweite Gabe, welche nach L.s Erfahrungen die meisten Gefahren in sich birgt, soll in kaum stärkerer Dosierung nach acht Tagen der ersten folgen. Ob die Spätsyphilis auch bei Behandlung mit den neuen Mitteln je völlig zur Heilung gelangt, sei zweifelhaft, denn selbst die serologische Prüfung und alle modernen Kontrollmittel, deren konsequente Ausführung Verfasser für alle Fälle als unerläßliches Postulat fordert, können bei inveterierten Fällen noch irrige Schlüsse gelegentlich erlauben.

A. Philippi-Salzschlirf.

Über das Syphilisfieber, von B. Konrad-Kolozsvár. (Gyógyászat, 1913, Nr. 9.) Ein 19jähriges Mädchen ist seit zwei Monaten kränklich und hat seit drei Wochen intermittierendes Fieber, jeden Abend bis 38—39° mit ausgeprägtem Kältegefühl. Es ist stark abgemagert, blaß, aber zu Hause und außer Bett. Keine objektive Veränderung. In der Anamnese kommt Lues nicht vor, äußere Umstände jedoch erwecken den Verdacht darauf. Nässende Papeln am After entschieden die Frage. Sie vergingen nach Einreibungen binnen drei Tagen. Ein 25jähriger Mann hatte seit Wochen Abendtemperaturen bis 37,7° mit Kältegefühl. Am Penis eine charakteristische Papel, mit Schwellung der Inguinaldrüsen. Nach Quecksilbereinreibungen hört das Fieber auf. Nach Einstellung der Einreibungen (20) stellt sich das Fieber wieder ein, um erst nach der zweiten Schmierkur gänzlich zu verschwinden. Eine 18jährige Frau stand wegen Brustschmerzen und wegen eines seit Wochen bestehenden, abends bis 38° steigenden intermittierenden Fiebers als Phthisikerin in der Behandlung. Lungenbefund negativ. Eine kleine nässende Papel fand sich an der inneren Oberfläche der großen Labie; am Halse, in der

Digitized by Google

Inguinalbeuge Drüsen. Nach Quecksilbereinreibungen rasche und vollständige Heilung. Weitere Beispiele erläutern die Ätiologie des syphilitischen Fiebers, bei dem der intermittierende Typus charakteristisch ist, ebenso auch gewöhnlich das Kältegefühl, Frösteln und die Eigentümlichkeit, daß die Patienten abnehmen und doch nie schwere Kachexie oder Kollaps zeigen wie die Tuberkulösen oder die Typhuskranken. Sie gehen zumeist immer herum. Auf eine Quecksilberkur hin verschwindet das Fieber rasch, viel rascher als die Kältesymptome. Die Spirochäten im Blute scheinen also rascher zugrunde zu gehen, als die im Gewebe, welch letztere das Fieber nicht unterhalten. Bei der Diagnose muß jede sonstige Infektion ausgeschlossen werden (Tuberkulose, Typhus, Malaria, Pyämie usw.). Die Anamnese ist wichtig. Häufig kommt bei Luetikern sterile Ehe vor. Auch Jod übt eine Wirkung auf das Fieber aus. M. Porosz-Budapest.

Über die Salvarsantherapie der Syphilis des Nervensystems, von Iwaschenzoff. (Zschr. f. exper. Path. u. Ther., Bd. 15, H. 3.) Bericht über 26 mit Salvarsan behandelte Tabesfälle. Es wurden in allen Fällen Besserungen der Erscheinungen erreicht, mehrere Male eine Besserung der Pupillenreaktion, auch bei Malum perforans; die Knierefiexe wurden nie beeinflußt. Als Methode verdient den Vorzug: intravenös, achttägig, zuerst kleinere Dosen (0,3), später 0,5, nicht höher. W. Haas-Hamburg.

Salvarsantherapie und Lues des Zentralnervensystems (inklusive Tabes dorsalis), von Gl. Iwaschenzoff-St. Petersburg. (M. m. W., 1914, Nr. 10.) Die Resultate, welche Verfasser bei 130 Fällen im Obuchow-Männerkrankenhaus beobachtet hat, können trotz einiger Mißerfolge und einem Todesfall als sehr erfreulich bezeichnet werden. Bei letzterem handelte es sich um einen sehr heruntergekommenen Patienten mit Erscheinungen der Meningomyelitis in der Gegend des 4. und 5. Halswirbels. Nachdem die erste Injektion von 0,4 Salvarsan, abgesehen von heftigen, aber nach drei Tagen wieder vergangenen Kopfschmerzen, gut vertragen worden war, erhielt er nach siebentägigem Intervall eine zweite Injektion von 0,3. Am folgenden Tage trat hochgradige Atemnot ein, und nach zeitweiliger Besserung trat der Tod unter den Erscheinungen des Lungenödems, das auch bei der Autopsie konstatiert wurde, ein. Verfasser glaubt, daß bei größerer Genauigkeit in der Indikationsstellung sich der Unfall hätte vermeiden lassen. Günstige Resultate, wie man sie bei sonstiger Behandlung nicht erlebt, hat er bei der Tabes gesehen, von welcher 48 Fälle beobachtet wurden. Bei 10 derselben konnte allerdings keine Änderung konstatiert werden, aber bei 15 war eine Besserung einzelner Symptome und bei 23 eine allgemeine wesentliche Besserung zu verzeichnen. Namentlich betont Verfasser, daß bei 4 Fällen eine ausgesprochen günstige Einwirkung des Mittels auf den Sehnerv sich äußerte. Auch bei der syphilitischen Myelitis (39 Fälle), der zerebrospinalen Lues und anderen Prozessen war die hervorragende Wirkung gegenüber anderen Medikamenten zu erkennen. A. Philippi-Salzschlirf.

Behandlung der zerebrospinalen Syphilis mit Salvarsanserum, von R. B. H. Gradwohl. (Semaine méd., 1914, Nr. 30.) Der Patient bekommt eine intravenöse Salvarsaninjektion; eine Stunde später werden 75—100 ccm Blut entnommen, zentrifugiert und eine halbe Stunde auf 56° erhitzt. Am folgenden Tage werden 25 ccm intralumbal injiziert. Der Patient muß zwei Tage liegen; manchmal wurden heftige Reaktionen in Form von Kopf- und Rückenschmerzen, Wiederkehr der tabischen Schmerzen beobachtet, doch niemals schwere Störungen. Durch diese Behandlung wird eine deutlichere klinische und serologische Besserung als durch die intravenöse Methode erzielt. Schon nach 4—6 Injektionen ist der Liquorbefund normal; bei Paralytikern erst etwas später. Bei Tabes kehrten die Reflexe wieder und schwanden die Schmerzen.

R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Zur Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse, von Roecke-Frankfurt. (D. m. W., 1913, Nr. 28.) Es wurden geeignete Fälle fortlaufend intravenös mit Salvarsan behandelt. Es wurde mit Dosen von 0,3—0,4 begonnen, später auch Dosen von 0,5—0,6 nicht gescheut. Nach 3—4 g, Pause von zwei bis drei Monaten. Er kommt zu dem Schluß, Salvarsan schadet den Paralytikern nicht bei vorsichtiger Anwendung. Es scheint im Gegenteil Häufigkeit und Dauer der Remissionen zu fördern und das Leben zu verlängern. Junghanns-Dresden.

Das Salvarsan bei den kardiovaskulären Affektionen syphilitischen Ursprungs, von Fulchiero. (Pensiero medico, 13. Juli 1913.) Der Verfasser rät bei diesen Affektionen zuerst mit einer Quecksilberkur zu beginnen (z. B. 15—20 Injektionen von Hydrargyrum bijodatum), dann erst zum Salvarsan auf endovenösem Wege überzugehen. Die erste Dosis soll 10—15 cg nicht übersteigen; wird die erste gut vertragen, so gibt man 20 und nur ausnahmsweise 30 cg. Im ganzen sollen 5—6 Injektionen mit Zwischenräumen von 6—8 Tagen gemacht werden. Dann wird die Quecksilberkur wieder aufgenommen und eine Zeitlang fortgesetzt (20—30 Injektionen). Zuletzt wird noch eine Jodkur angeschlossen. A. Gunsett-Straßburg.

Die Salvarsantherapie der chirurgischen Syphilis, von Jwaschtschenko und Langer. (Russki Wratsch, 1914, Nr. 20 und 21.) Die Schlußfolgerungen lauten: 1. Die Salvarsantherapie verdient als die beste Methode der Behandlung der gummösen Syphilis die größte Verbreitung in der Chirurgie. 2. Die rechtzeitige Anwendung des Salvarsans bei gummösen Affektionen des Mundes, Rachens, Kehlkopfs, der Nase, wie auch bei Sklerosen des Kehlkopfes verhütet schwere Untersuchungen und ist daher für eine richtige ärztliche Behandlung dieser Leiden dringend nötig. 3. Da das Salvarsan eine Verschlimmerung der tuberkulösen Affektionen des Kehlkopfes nach sich zieht, so muß man in der Diagnose syphilitischer Affektionen sehr streng und bei der Anwendung von Salvarsan bei Syphilitikern mit gleichzeitiger Tuberkulose des Kehlkopfes sehr vorsichtig sein. 4. Ein schneller und dauernder Schwund der Dolores osteocopi nach Salvarsaninfusion gehört zur Regel. 5. Die Anwendung des Salvarsans bei beginnenden tabetischen Arthropathien ist angezeigt, da es in solchen Fällen gute Resultate gibt. 6. Die Anwendung des Salvarsans bei bösartigen Neubildungen ist nicht begründet und nutzlos. 7. Die meisten Komplikationen, welche nach Anwendung des Salvarsans beobachte worden sind, haben mit dem Salvarsan selbst nichts zu tun. Die Salvarsanotherapie ist der erste Versuch einer praktischen Chemotherapie, welche eigenartig und machtvoll ist. A. Jordan-Moskau.

Prophylaxe der Syphilis durch Salvarsan, von Jeanselme. (Bull. soc. franç. prophyl. san. et morale, 1914, Nr. 1.) Verfasser berichtet, wie an seiner Abteilung die Quecksilbertherapie allmählich durch Salvarsan verdrängt wurde. Er injiziert den Prostituierten 0,3 und wenn nach vier Tagen die Erscheinungen geschwunden sind, entläßt er sie. Darauf bekommen die Kranken sechs Injektionen in wöchentlichen Abständen. Einen Monat nach der letzten wird der Wassermann gemacht und bei positivem Ausfall erfolgt eine neuerliche Serie. Auf diese Weise ist die Abteilung bedeutend entlastet worden, so daß einige Räume für die Vornahme der Blutentnahmen, Infusionen usw. eigens adaptiert werden konnten. Da zu befürchten ist, daß die Reglementierung ganz abgeschafft wird, empfiehlt Verfasser alle öffentlichen Heilanstalten mit dem nötigen Personal und Instrumentarium zur Syphilisprophylaxe zu versehen. R. Frühwald-Leipzig.

Weitere statistische und klinische Beobachtungen in der Salvarsantherapie der Syphilis, von F. Berger-Köln. (M. m. W., 1913, Nr. 43.) Im vorigen Jahr berichtete Verfasser über seine Erfolge auf diesem Gebiete bei Verwendung folgender

Digitized by Google

Technik: Die Kur wird eingeleitet mit einer intravenösen Injektion von 0.6 Salvarsan in 240,0 ccm einer 0,6%igen Kochsalzlösung; am folgenden Tage wird mit der Schmierkur begonnen in Dosen von 5,0 g pro die. Nach 14 Tagen wird die zweite Infusion gegeben, und die Schmierkur wird fortgesetzt bis zum Verbrauch von 120 oder 150 g. Nachdem er aber hierbei einen (bereits publizierten) Todesfall erlebt hat, reduzierte B. die Dosis der zweiten Injektion auf die Hälfte. In den Jahren 1911—12 und 1912—13 wurden auf diese Weise 128 resp. 96 Militärpersonen behandelt. Im allgemeinen gelang es durchweg, die mit Primäraffekt und negativem WASSERMANN aufgenommenen Fälle konstant sero-negativ zu erhalten und ebenfalls bei den im sekundären Stadium aufgenommenen und erfolgreich behandelten Fällen Rezidive auszuschließen. Die Beobachtungsdauer erstreckte sich für die erste Serie auf 16—22 Monate. Einige bemerkenswerte Krankengeschichten, besonders ein Fall von doppelseitiger Akustikusaffektion mit meningealen Erscheinungen nach der Salvarsanbehandlung sind der Arbeit angefügt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zweijährige Erfahrung mit Salvarvan, von M. MORRIS und H. MACCORMAC-London. (Lanc., 1913, S. 1243.) Als Resultat ihrer Beobachtungen bei 350 Injektionen von Salvarsan und 150 von Neosalvarsan erkennen Verfasser unumwunden den hohen therapeutischen Wert namentlich des ersteren Mittels an. Auch sie fordern, daß sofort nach Sicherstellung der Diagnose durch den Spirochätennachweis oder durch sonstige Anhaltspunkte mit den Injektionen begonnen werde, worauf eine Ergänzung mit Hg-Behandlung zu folgen hat. Todesfälle kamen bei dieser Serie nicht vor, doch traten gelegentlich bei der Wiederholung der Injektionen recht starke Temperatursteigerungen ein, und bei drei Kranken entwickelten sich sehr beängstigende Erscheinungen von Kollaps, Zyanose, Konvulsionen usw. Aus der Literatur ist eine interessante Tabelle von 39 nach Salvarsanbehandlung erfolgten Todesfällen zusammengestellt, von denen 21 auf eine erste, die anderen auf spätere Injektionen erfolgten. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Bericht über sieben Fälle von Syphilis, die mit einer Salvarsaninjektion geheilt zu sein scheinen, von ABR. L. WOLBARST-New York. (New York m. J., 18. Oktober 1913.) Von diesen sieben Fällen waren zwei solche von primärer, drei von sekundärer (worunter ein maligner, Hg und J resistenter) und zwei von tertiärer Syphilis. Die Patienten erhielten nur eine (0,5 resp. 0,6) intramuskuläre Salvarsaninjektion ohne irgend welche andere Behandlung. Alle wurden geheilt, haben an Körpergewicht erheblich zugenommen und sind im Durchschnitte nach $2^1/_2$ Jahren noch ohne jegliche Rezidive. In vier der Fälle wurde wiederholt die WASSERMANNsche Reaktion mit stets negativem Resultate ausgeführt, bei den drei anderen war es aus äußeren Gründen nicht möglich, sie auszuführen. EHRLICHS Ideal wäre also in diesen Fällen erreicht und keine andere Behandlungsmethode erziele gleich günstige Resultate (Ref. muß doch wiederholt darauf hinweisen, daß auch mit Hg, z. B. mit einigen Sublimatinjektionen, alle Symptome rasch verschwinden können und auf viele Jahre hinaus nicht rezidivieren).

M. Stern-München.

Über reine Salvarsantherapie der Syphilis, von WILHELM WECHSELMANN. (B. kl. W., 1914, Nr. 12.) Verfasser stellt erneut fest, daß er durch konsequente Darreichung von Salvarsan fast vollkommen ausnahmslos jeden frisch Syphilitischen von klinischen Erscheinungen frei, im Blut- und im Lumbalpunktat negativ machen kann. Ist nach der Infektion ein gewisser Zeitraum mit oder ohne Quecksilbertherapie bereits verflossen, so gelingt die Sterilisation auch noch mit großer Regelmäßigkeit, erfordert aber meist eine viel ausgedehntere und länger fortgesetzte Behandlung. Mehrere Fälle mit ganz fixierter WASSERMANN-Reaktion sind erst nach einer jahrelang fortgesetzten Behandlung zu diesem günstigen Zustand gelangt.

G. Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Der augenblickliche Stand der Syphilisbehandlung mittels Salvarsans. Klinische und serologische Beobachtungen an 225 Fällen der Privatpraxis, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (Lanc.-Clin., 24. Juni 1913.) Der Bericht ist außerordentlich enthusiastisch gehalten und dürfte kaum dem Standpunkt entsprechen, den die augenblickliche deutsche Literatur in dieser Frage einnimmt. Nach H. ist Salvarsan das beste und wirksamste Mittel, das bei geeigneter Technik in jedem Falle zur Verwendung kommen kann und stets so gute Resultate gibt, daß er seit mehr als zwei Jahren auf Quecksilber und Jod vollkommen verzichtet. Klinische Manifestationen verschwinden stets prompt, der Wassermann wird stets negativ und Rezidive sind außerordentlich selten. Unangenehme Zufälle, die berichtet und beobachtet worden sind, schiebt H. stets auf Fehler der Technik; dabei ist es ihm selbst passiert, daß ein vorgeschrittener Phthisiker nach tiefer muskulärer Injektion von Salvarsan eine tuberkulöse Pneumonie bekam, an der er binnen zehn Tagen zugrunde ging. Geringe subjektive Symptome, die besonders auftreten, wenn der Patient nach der Infusion nicht im Bett bleibt oder in den ersten vier Stunden danach Nahrung zu sich nimmt, hat er auch bei intravenösen Infusionen, die er allein nur noch anwendet, in etwa 50% der Fälle gesehen. Wenn auch mit einer Dosis die Heilung nicht zu erreichen ist, so ist dies mit einer oder einigen Wiederholungen in 80% der Fall. Die Anzahl der Injektionen richtet sich bei seiner Behandlungsweise nach dem klinischen Verlauf und dem Ausfall der Wassermannschen Reaktion, welch letztere noch eine Zeitlang verfolgt wird (soweit es ihm gelingt, die Patienten unter Beobachtung zu halten). W. Lehmann-Stettin.

Über die Dauererfolge bei der Salvarsanbehandlung der Lues, von G. de Montmollin. (Schweizer Rdsch. f. M., 1912, Nr. 35.) Verfasser berichtet über 160 Fälle, die nur mit Salvarsan behandelt worden sind und zwar kombiniert auf intravenösem und intramuskulärem Depotwege (letzteres in Form einer Salbe, „Flero" genannt). Er strebt nach einem ungetrübten Urteil darüber, was das Salvarsan allein leistet. Im Primärstadium zeigte sich das Salvarsan als Abortivmittel dem Hg überlegen. Im Sekundärstadium (27 Dauerbeobachtungen; 3(!)—14 Monate) wurden nur elf Fälle geheilt. Zur Heilung genügt nie eine einzige Salvarsaninjektion. Meist sind mehrere bis viele nötig. In mehr als der Hälfte (16) konnte also nicht von einer Heilung durch Salvarsan gesprochen werden. Von 27 weiteren Fällen, die früher schon mit Hg behandelt worden waren, konnten durch Salvarsan (Gesamtdosis derselben bei 2,05 g) 75% geheilt werden. Diese Zahl spricht für die Kombination von Hg und Salvarsan. Zwei Fälle von Labyrintherkrankung im sekundären Stadium wurden durch Salvarsan geheilt. Weniger günstig waren die Erfolge bei Neuritis acustica im tertiären Stadium, auffallend gut bei solcher auf hereditärer Basis. Unter vier Fällen von Neurorezidiven, die berichtet worden, hatten zwei vorher Hg und Salvarsan, der dritte nur Hg (18 mal 0,1 Hg salicyl.), der vierte nur Salvarsan (2,15 g) erhalten. Verfasser pflichtet der Anschauung Finkers bei, daß die Neurorezidive echte Spirochätenerkrankungen seien, daß jedoch ihre Prädilektionsstellen vorher durch Salvarsan oder Hydr. geschädigt seien. Entweder sind die Prädilektionsstellen die Nervensubstanz oder die kleinsten Gefäße. Verfasser zitiert einen Fall, wo ein Rezidiv in Form des Adam-Stokesschen Komplexes (Bradykardie mit Überleitungsstörungen) auftritt und möchte mit ihm beweisen, daß nicht die Nervensubstanz, sondern die Gefäße Angriffspunkte der Spirochäten beim Neurorezidiv wären (s. Anm. Seite 20). Schließlich macht Verfasser noch die interessante Beobachtung, daß das Salvarsan den qualitativen und quantitativen Abbau des Eiweißes beeinflußt: die qualitativen waren nicht konstant, einmal sank die N-Ausscheidung, ein anderes Mal stieg sie. In einem von vier Fällen zeigte sich nach 0,6 Salvarsan intravenös eine dreifache Vermehrung der Aminosäuren, also: eines Produktes unvollkommener Eiweißverbrennung, im Urin

Digitized by Google

Verfasser postuliert darnach eine Leberschädigung durch das Salvarsan, weil nach den Untersuchungen von W. Frey (Zschr. f. kl. M., 1911) bei allen Affektionen mit Hyperazidaminurie eine solche anzunehmen ist. J. Werther-Dresden.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg, von E. Finger-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 45.) Nach einem geschichtlichen Überblick kommt Verfasser auf die beiden bestehenden Gefahren zu sprechen: die Durchseuchung der Armee während des Feldzuges und diejenige der heimischen Bevölkerung durch die aus dem Kriege heimkehrenden Soldaten. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Heere dient die Belehrung bzw. der gelegentlich wiederholte Hinweis und die persönliche Prophylaxe. Ein wichtiges Mittel besteht in der Handhabung von Maßregeln zur Vermeidung von Infektionsgelegenheiten. Viel wird erreicht durch das Alkoholverbot, durch das Zusammenhalten der Mannschaften auf Transporten. Andere Maßnahmen betreffen die Prostituierten: Lokal- und Straßenverbot, eventuell Inhaftierung, Entlassung der Animierkellnerinnen. Bedeutungsvoll sind ferner jene Maßnahmen, wo zur Zeit der Truppendurchmärsche außerdem alle Bordelle gesperrt wurden. Wichtig ist ferner die Erhaltung von Spitälern für Geschlechtskranke, in welchen auch eventuell die aus dem Felde kehrenden Aufnahme finden können. Was die Gefahren betrifft, die nach Beendigung des Krieges die Entlassenen und in ihre Heimat Zurückkehrenden der Bevölkerung bringen können, so ist zu fordern, daß die ganze Mannschaft vor ihrer Entlassung einer genauen Untersuchung unterzogen und jeder Geschlechtskranke erst entsprechend behandelt wird. Am Schluß bespricht Verfasser noch den bekannten Einfluß, welchen die Syphilis auf den Verlauf und die Heilung von Kriegsverletzungen ausübt.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Prophylaxe und Therapie der Geschlechtskrankheiten im Felde, von P. Scharff-Stettin. (B. kl. W., 1914, Nr. 46.) Der Aufsatz ist eine auf kürzesten Raum zusammengedrängte Rekapitulation der Therapie der Geschlechtskrankheiten, enthält somit für den Facharzt nichts Neues, ist aber geeignet, den im Felde befindlichen Ärzten, die dieser Spezialdisziplin ferner stehen, praktische Kenntnisse aus ihr zu vermitteln. Ob es überhaupt möglich ist, geschlechtskranke Soldaten im Felde zu belassen und zu behandeln, ist eine andere Frage und hierüber dürften viele anderer Meinung sein, als es Verfasser anscheinend ist. E. Klemm-Leipzig.

Verschiedenes.

Dr. Paul Rusch, k. k. Primararzt der dermatologischen Abteilung an der Krankenanstalt Wieden in Wien, wurde zum Lehrer der Roten Kreuz-Krankenpflegeschule bestellt.

Dr. Ludwig Halberstaedter-Charlottenburg, zurzeit als Stabsarzt in Charleroi tätig, und Dr. Albert Wittmer, Assistent an Prof. Unnas Dermatologikum haben das Eiserne Kreuz erhalten.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. Februar 1915 | Nr. 8 | Band 60

Aus der Dermatologischen Klinik in Graz (Vorstand: Prof. Dr. Matzenauer).

Über Atrophia maculosa cutis luetica.

Von

Prof. Dr. R. Polland.

Die von den Dermatologen mit den Namen Atrophia cutis maculosa, Anetodermia erythematosa, Atrophodermia erythematosa und ähnlichen bezeichnete Hautveränderung stellt eine schon seit verhältnismäßig langer Zeit klinisch wohlgekannte Affektion dar. Da darüber bereits eine recht umfangreiche Literatur existiert, die das Thema von den verschiedensten Seiten behandelt, so kann hier wohl darauf verzichtet werden, nochmals per longum et latum auf bereits Bekanntes zurückzukommen. Zur näheren Orientierung sei jedoch gestattet, vornehmlich auf drei Arbeiten aus jüngerer Zeit hinzuweisen, die in zusammenfassender Weise die vorliegende Kasuistik, pathologische Anatomie und Pathogenese der Krankheit behandeln, außerdem charakteristisches eigenes Beobachtungsmaterial beibringen, und dergestalt wohl geeignet sein dürften, ein anschauliches Bild der in Rede stehenden Affektion zu geben.

Es sind dies die Arbeiten von Rusch (1), M. Oppenheim (2) und Vignolo-Lutati (3), die auch den folgenden Ausführungen vielfach zur Grundlage gedient haben.

Ohne mich zunächst auf nähere Erörterungen der Ergebnisse dieser wertvollen Arbeiten rücksichtlich der Klinik und Pathogenese der Atrophia maculosa einzulassen, will ich hier nur hervorheben, daß aus den zitierten Arbeiten mit Klarheit hervorgeht, daß wir es hier nicht mit einem ätiologisch einheitlichen Krankheitsbegriff zu tun haben.

Während für viele Fälle ein ursächlicher Zusammenhang mit Tuberkulose mit ziemlicher Sicherheit angenommen werden kann, scheint in anderen Fällen die Syphilis dabei eine Rolle zu spielen. In anderen Fällen wieder suchen die Autoren in Nervenstörungen oder in irgend welchen toxischen Momenten den Grund für die Hautatrophie, während schließlich in einer Reihe von Fällen eine bestimmte Ursache nicht vermutet werden kann. Darauf wird von einigen Autoren eine Einteilung der Atrophia maculosa in eine „idiopathische“ und eine „symptomatische“ basiert. Andere wieder stellen die Existenz wirklich „idio-

Digitized by Google

pathischer" Fälle überhaupt in Frage, und VIGNOLO-LUTATI z. B. stellt die Forderung auf, die Bezeichnung: idiopathische umschriebene Hautatrophie überhaupt fallen zu lassen; sie sei nur eine provisorische, einer wirklichen Basis entbehrende, die Idiopathie des Prozesses nur eine scheinbare.

Zur endgültigen Klärung der Sachlage ist es gewiß wünschenswert, weiteres kasuistisches Material zu sammeln, das Schlüsse auf etwaige ätiologische Momente gestattet. Deshalb sei es mir erlaubt, zunächst einige Fälle von makulöser Hautatrophie eigener Beobachtung mitzuteilen, bei welchen mit ziemlicher Sicherheit vorausgegangene luetische Hautprozesse den Anstoß zur Entwicklung der zirkumskripten Atrophien abgegeben haben.

Der erste Fall, den ich vor einigen Jahren beobachtete, betraf eine 26jährige Prostituierte, die seit drei Jahren wegen Syphilis in meiner Beobachtung und Behandlung stand. Es handelte sich um einen normalen Fall ohne besonders schwere Symptome; allerdings waren dreimal ziemlich ausgebreitete Exantheme aufgetreten, die beiden ersten vorwiegend makulösen Charakters, während das dritte hauptsächlich papulöse, wenngleich ziemlich flache Infiltrate aufwies. Unter Quecksilberbehandlung schwanden alle Symptome stets prompt. Die Kranke war sonst durchaus gesund und wohlgenährt, insbesondere bot sie keine kleinischen Zeichen der Tuberkulose dar.

Im Laufe des dritten Krankheitsjahres entwickelte sich bei ihr unter meiner Kontrolle folgende Erscheinung: Genau entsprechend den Stellen, wo das luetische, jedoch schon seit mehr als einem Jahr geschwundene Exanthem gesessen hatte, also am Rumpf und den Oberschenkeln, bläulichviolette oder stahlblaue (an Maculae coeruleae erinnernde) Flecke, die einer neuerlichen Hg-Kur nicht wichen; doch änderten sie im Laufe der nächsten Monate ihren Charakter und boten schließlich ein Bild dar, welches mich lebhaft an einen Fall erinnerte, den M. OPPENHEIM (2) 1905 in Meran bei der Naturforscherversammlung als Atrophia maculosa vorgestellt hatte und den ich bei dieser Gelegenheit genau besichtigen konnte.

Von der näheren Beschaffenheit der charakteristischen Effloreszenzen, die in meinem Falle weizenkornähnlich und entsprechend den Spannungsrichtungen der Haut angeordnet waren, gibt OPPENHEIM in seiner vorerwähnten Arbeit eine so anschauliche, ich möchte sagen klassische Beschreibung, daß es vielleicht am besten ist, seine Worte hier wiederzugeben, die auch ganz genau auf die von mir beobachteten Fälle passen. Er schreibt:

„ . . . . den auffallendsten Befund, gewissermaßen das beherrschende im Krankheitsbild stellen Vorwölbungen dar, welche bis über Haselnußgröße (in unserem Falle Linsengröße) an verschiedenen Hautstellen den Eindruck von Hauttumoren hervorrufen (man könnte an Morbus Recklinghausen denken). Man sieht nämlich ovale Wülste von sehnig weißer Farbe, deren Oberfläche grob gefältelt ist . . . . Untersucht man die Konsistenz dieser Pseudotumoren, so findet man, daß sie dem geringsten Fingerdruck nachgeben, sich vollständig eindrücken lassen, ja sogar unter dem Hautniveau liegende Mulden bilden, in die sich die untersuchende Fingerkuppe hineinlegen kann. Sie glei-

Digitized by Google

chen ganz leeren Säckchen; spannt man die umgebende Haut an, so verschwinden die Vorwölbungen vollständig. An ihrer Stelle sieht man sehnig glänzende, bläulich durchschimmernde, manchmal auch zigarettenpapierähnlich gefältelte Hautstellen. Hebt man diese Hautwülste in die Höhe, so bekommt man den Eindruck einer leeren oder mit einer flaumigen Substanz gefüllten Hauttasche. Die Haut der Umgebung ist nicht gerötet, überhaupt nicht pathologisch verändert."

Ganz ebenso waren bei unserer Patientin die Effloreszenzen beschaffen; jene livid bis violett gefärbten, seidenglänzenden, im Hautniveau liegenden Flecke, die im Fall von OPPENHEIM sich in großer Zahl fanden, waren auch in unserem Fall vorhanden, und zwar namentlich im Beginn der Affektion; es sind dies offenbar die Vorstadien jener „Pseudotumoren", welche den Abschluß des Prozesses darstellen.

Eine histologische Untersuchung konnte ich bei diesem Fall nicht vornehmen; bei der völligen Gleichartigkeit des klinischen Bildes kann es aber wohl keinem Zweifel unterliegen, daß auch die feineren Gewebsveränderungen sich nicht wesentlich von denen des OPPENHEIMschen Falles unterschieden haben werden.

In ihrem Verlauf und im klinischen Bilde sind also beide Fälle völlig gleich und gewiß als Atrophia cutis maculosa anzusprechen; beide Fälle müssen ferner der symptomatischen Form dieser Affektion zugerechnet werden. Die Grundkrankheit jedoch ist in jedem Fall eine andere: beim Falle OPPENHEIM sichere Anzeichen einer Lungentuberkulose, hingegen kein Syphilisverdacht; in unserem Fall keine Spur von Tuberkulose, hingegen eine unter ärztlicher Kontrolle abgelaufene typische Sekundärlues; die atrophischen Stellen entsprechend den früheren Luseffloreszenzen lokalisiert, so daß ein Zweifel an der ätiologischen Rolle der Lues wohl kaum aufkommen kann.

Vollkommen identisch mit diesem Fall ist ein zweiter, den ich erst ganz kürzlich zu sehen Gelegenheit hatte, und der mir die Anregung gab, meine Beobachtungen zu veröffentlichen. Der Pat. gehört gegenwärtig dem Heeresverbande an, für die Überlassung des Falles zur Bearbeitung bin ich dem Chefarzt der venerischen Abteilung des Garnisonspitales, Hrn. Dr. R. v. PLANNER, zu bestem Danke verpflichtet.

Die Infektion mit Lues war 1910 erfolgt, anfangs nicht entsprechend behandelt worden; 1911 machte Pat. eine regelrechte Kur durch, bestehend aus vier endovenösen Salvarsan- und einer Anzahl Hg-Injektionen. Unter den Symptomen stand damals im Vordergrund ein ausgebreitetes, vorwiegend papulöses Exanthem. Die jetzt vorhandenen weißen atrophischen Stellen haben sich allmählich im Laufe der letzten zwei Jahre gebildet und sind seit langer Zeit unverändert. Außer geringer Vergrößerung der Leistendrüsen sind derzeit keine Syphilissymptome vorhanden, die WASSERMANN-Reaktion negativ.

Die atrophischen Stellen, vorwiegend am Rumpf und den angrenzenden Oberschenkelpartien in großer Zahl entsprechend den Spaltrichtungen der Haut angeordnet,

Digitized by Google

längsoval und meist nicht über linsengroß, entsprechen völlig der oben gegebenen Beschreibung: gefältelt, pigmentlos, scheinbar wie kleine Tumoren, beim Betasten jedoch sich wie leere Säckchen anfühlend. Ich hege kein Bedenken, auch in diesem Falle die Atrophien auf das seinerzeitige luetische Exanthem zurückzuführen.

Ich habe im Laufe der Jahre noch einige ähnliche Fälle gesehen, über die ich leider keine Aufzeichnungen besitze und die auch weniger ausgesprochen waren. Von einem dieser Fälle besitze ich jedoch histologische Präparate, welche die gleichen Veränderungen zeigen, wie sie auch von anderen Autoren als kennzeichnend für diesen Prozeß beschrieben sind:

Die Epidermis nicht wesentlich verändert, höchstens etwas verdünnt. Die Kutisgrenze präsentiert sich im Schnitt als eine fast gerade, nur spärliche Papillenreste zeigende Linie. Die nur an wenigen Stellen noch halbwegs erkennbaren Retezapfen sind ganz kurz und schmal. Die Cutis propria besteht durchwegs aus zartem, kern- und gefäßarmem Bindegewebe, fast ganz ohne elastische Fasern. Nur hier und da sieht man noch von Bindegewebszügen durchwachsene armselige Reste von Follikeln, Talg- oder Schweißdrüsen. Das Pigment fehlt vollkommen. Die spärlichen Gefäße sind von Rundzelleninfiltration umgeben.

Fälle von Atrophia maculosa, die sich mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit auf Basis einer Lues entwickelt haben, sind in der Literatur mehrfach zu finden; so führt Vignolo-Lutati einschlägige Berichte folgender Autoren an: Wilson, Nivet, Balzer, Mauriac und Reblaub, Vasilin, Wickham, Herscher, Fournier, Balzer und Faure, Danlos, Dehérain, Balzer und Deshayes.

Ferner beschreibt Mibelli (4) einen Fall, der ein makulopapulöses Exanthem gehabt hatte, an dessen Stelle sich später die fleckweisen Atrophien entwickelten.

Matzenauer (5) stellte 1903 in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft ein Mädchen vor, bei dem gleichzeitig gruppiert papulöse Exanthemherde und umschriebene Sklerodermieherde (Morphaea) vorhanden waren, außerdem in Doldenform angeordnete alabasterweiße kleine Stellen. Er hält es für wahrscheinlich, daß diese Veränderungen eine Folge der Lues seien. Ich meine, daß man in diesem Falle unterscheiden muß: die kleinen weißen, ebenso wie die Syphilide gruppierten Atrophien stellen offenbar das Analogon zu unseren Fällen vor, es sind die Ausgänge der luetischen Infiltration. Die eingehende Erörterung, ob auch die Sklerodermieplaques, die erst geringe atrophische Erscheinungen zeigten, ebenso zu beurteilen sind, übersteigt zunächst den Rahmen meiner Ausführungen.

Grosz demonstrierte am 25. II. 1908 in der Wiener Dermat. Ges. ebenfalls einen Fall von makulöser Atrophie auf dem Boden luetischer Effloreszenzen.

Ferner hat Respighi (6) einen Fall beschrieben, wo bei einem

Digitized by Google

Mann an Stelle der kleinen erythematösen Plaques eines Syphilids kleine Sklerodermieherde aufgetreten sind.

Wie man sieht, wird bei einigen der angeführten Fälle die Sache dadurch ein wenig kompliziert, daß neben Atrophie auch von Sklerodermie die Rede ist. Die umschriebene Sklerodermie pflegt schließlich in Atrophie überzugehen und kann sicherlich dergestalt ebenfalls zum Bilde der Atrophia maculosa führen. Aber bei den Fällen meiner Beobachtung sowie den meisten der zitierten scheint der Atrophie kein sklerodermisches Stadium vorausgegangen zu sein, sondern die Atrophie hat sich offenbar nach einer gewissen Latenzzeit, wenn man so sagen darf, an den durch die vorausgegangenen luetischen Prozesse geschädigten Stellen entwickelt.

Nur auf letztere Form der Atrophie sollen sich diese Ausführungen beziehen, wie sich die Sache bei wirklicher Sklerodermie verhalten mag, möchte ich mangels eigener Erfahrung vorläufig lieber dahingestellt sein lassen.

Hingegen sei mir erlaubt, hinsichtlich der Frage der postluetischen Atrophien auf eine andere Beobachtung aufmerksam zu machen, die vielleicht geeignet ist, einiges Licht in die Sache zu werfen. Nobl (7) hat ein Symptom beschrieben, das er häufig bei Luetikern mit längerer Krankheitsdauer beobachtet hat. Es sind dies in Kreis- und Bogenform angeordnete, facettenartige, seidenglänzende Stellen an der Skrotalhaut, welche sich gewebsarm, verdünnt anfühlen und beim Anspannen der Haut verschwinden, während sie sonst eine bläulich schimmernde, fein gefältelte Oberfläche darbieten. Die atrophischen Flecke sind einer weiteren Veränderung nicht mehr fähig und bilden sich auch bei antiluetischer Behandlung nicht mehr zurück.

Histologisch sieht man alle Schichten der Haut rarefiziert, Pigment und elastische Fasern fast völlig geschwunden. Diese Flecke pflegen durchschnittlich 3—5 Jahre nach Beginn der Lues aufzutreten, und entstehen nach Nobl auf Basis früher dort bestandener, wenn auch oft klinisch nicht besonders in die Erscheinung getretener papulöser luetischer Infiltrationen, und bilden, da sie nicht mehr verschwinden, ein wertvolles Hilfsmittel für die Spätdiagnose der Syphilis.

Derselbe Autor hat später auf eine ähnliche Erscheinung aufmerksam gemacht (8), nämlich auf die weichen schlaffen, leeren Hämorrhoidalknoten ähnlichen Faltenbildungen der Analgegend, die nach papulösen Infiltraten dieser Region häufig zurückbleiben.

Diese Beobachtungen wurden hier angeführt, um zu zeigen, daß auch die Hautprodukte des sekundären Luesstadiums recht häufig Neigung zeigen, lokale Atrophien zu hinterlassen. Es

Digitized by Google

ist daher durchaus nicht verwunderlich, wenn es unter geeigneten Umständen manchmal zu dem etwas auffallenden Bild der Atrophia maculosa kommt.

Einmal darauf aufmerksam geworden, kann man ja diese atrophisierende Eigenschaft der Syphilide in gradueller Abstufung allenthalben wahrnehmen. So bleiben z. B. oft genug nach Primäraffekten sogenannte „Sklerosennarben“ zurück, runde, weiße, von einem Pigmentsaum umgebene Stellen mit gefältelter Haut, weich anzufühlen, wie leer. Nur in der Minderzahl solcher Fälle wird es sich dabei um echte Narben, d. h. die nach Zerstörung eines Teiles des Papillarkörpers zustande gekommen sind, handeln, ein Vorkommnis, das in der Regel nur bei Sekundärinfektion, Verletzung oder therapeutischer Verätzung sich einstellen wird. Gewöhnlich jedoch führt ein Primäraffekt nicht zu echter Geschwürsbildung; es handelt sich also bei den vorerwähnten „Sklerosennarben“ gewiß oft nicht um wirkliche, nach Ulzeration der Kutis entstandene Narben, sondern um sogenannte atrophische Narben, zustande gekommen durch Schwund des Kutisgewebes ohne Ulzeration.

Um ganz dieselbe Erscheinung handelt es sich zweifelsohne bei den so häufigen pigmentlosen Flecken, die an den sonst hyperpigmentierten weiblichen Genitalen nach Papeln zurückbleiben; wenn diese Flecke auch dem bloßen Auge meist nicht den Eindruck von Narben oder Atrophien machen, so wären gewiß unter dem Mikroskop meist mehr oder weniger deutlich ausgesprochene Zeichen von Gewebsschwund nachweisbar.

Zu den durch Syphilis verursachten Atrophien ist schließlich auch das Leukoderma zu rechnen; auch dieses entwickelt sich oft genug auf dem Boden selbst makroskopisch sichtbarer Syphilide makulösen oder papulösen Charakters, und auch wo dies nicht der Fall zu sein scheint, liegen doch sicher lokale Gewebsschädigungen dem Phänomen zugrunde. Die Atrophie beschränkt sich eben dabei auf einen besonders empfindlichen Gewebsbestandteil, die Chromatophoren. Auch das Leukoderm zeigt die Eigenschaft, sich durch Behandlung nicht beeinflussen zu lassen; allerdings ist die Läsion gering genug, daß sie sich später meistens wieder ausgleicht.

Das Zurückbleiben von Atrophien im Gefolge von Luesmanifestationen der Haut ist also ein ungemein häufiges, geradezu regelmäßiges Vorkommnis. Ob es sich dabei nur um Pigmentverlust, oder um ausgesprochene atrophische Narben handelt, bedeutet nur einen graduellen Unterschied.

Rücksichtlich der Pathogenese des in Rede stehenden Prozesses dürften folgende Erwägungen in Betracht kommen. Nehmen wir zunächst den einfachsten Fall, so ist es ganz plausibel, daß der länger

Digitized by Google

dauernde Druck einer derben, chronisch-entzündlichen Infiltration allein hinreichen kann, einen teilweisen Schwund des befallenen Gewebes herbeizuführen, und mannigfaltige Tatsachen dieser Art in der Pathologie bestätigen diese Möglichkeit. Wenn man sich nun die außerordentlich große, oft knorpelartige Härte der Primäraffekte und gewisser papulöser Effloreszenzen der Genitalien, sowie die Hartnäckigkeit und lange Dauer solcher Infiltrationen vorstellt, so ist es durchaus nicht unwahrscheinlich, daß bei Syphilis der Druck des Infiltrates allein genügen kann, die beschriebenen Atrophien resp. atrophischen Narben herbeizuführen.

Andererseits lehrt aber die Kasuistik, daß ausgesprochene fleckförmige Atrophien in großer Zahl an der Haut des Rumpfes vorkommen, obwohl die vorausgegangenen Exantheme nur eine sehr geringe Infiltration aufwiesen. Diese Erscheinung ließe sich mit der Annahme erklären, daß dabei gewisse toxische Stoffe eine Rolle spielen.

Diese Erklärung wird von manchen Autoren für die Hautatrophien bei Tuberkulösen versucht. In der Tat ist ja die Neigung tuberkulöser Hauteffloreszenzen, insbesondere der sogenannten Toxituberkulide, zur Bildung atrophischer Narben sehr groß, ja für gewisse Formen (Folliklis) geradezu kennzeichnend. OPPENHEIM (2) suchte diese Ansicht durch ein Experiment zu stützen, indem er seiner Patientin eigenes Serum aus einer Vesikansblase injizierte. In der Tat bilden sich nach einiger Zeit in der Nähe atrophische Flecke.

Wenn man diese Toxintheorie für Tuberkulose gelten lassen will, so kann man sie auch für die Syphilis in Anspruch nehmen und dadurch das Auftreten der Atrophia maculosa ohne vorausgegangene stärkere Infiltration erklären.

Von manchen Autoren wird angenommen, daß die Nerven irgendwie eine mehr oder weniger wichtige Rolle spielen, vielleicht durch Störung gewisser „trophischer" Funktionen. Über diese Hypothese läßt sich wohl schwer ein Urteil fällen, da maßgebende Beweismomente dafür nicht vorliegen und selbst der Versuch einer experimentellen Stütze fehlt. Es ist allerdings als sicher anzunehmen, daß zur vollen Vitalität eines Gewebes auch das normale Funktionieren seiner Nerven gehört, und Ernährungsstörungen in Organen mit geschädigter Nervenfunktion sind bekannt genug. Aber ein so ausgeprägtes klinisches Bild wie die Atrophia maculosa kommt dadurch allein wohl nicht zustande.

Schließlich verdient aber noch ein Punkt Berücksichtigung. Keines der angeführten supponierten ätiologischen Momente, allein oder kombiniert wirkend, genügt, um in allen Fällen zur Atrophie zu führen; im Gegenteil, bei der Riesenzahl der luetischen Exantheme scheint die

Digitized by Google

Atrophia maculosa luetica eine große Seltenheit darzustellen. Es dürfte also noch ein Faktor erforderlich sein, und mangels besserer Erkenntnis bleibt uns nichts übrig, als diesen in einer besonderen Disposition gewisser Individuen zu erblicken.

Die bei jeder Gelegenheit beliebte Annahme einer „Disposition" scheint zwar ein lahmer Ausweg, ist aber vielleicht gerade in diesem Falle weniger vage als sonst oft; geradeso wie es bekanntermaßen Individuen gibt, die Neigung zur Bildung hypertrophischer, keloider Narben haben, ebenso kann es auch solche geben, die zu atrophisierenden Prozessen neigen.

Sonach hätten wir uns die Pathogenese der Atrophia maculosa cutis, und speziell der Atrophia maculosa syphilitica, etwa so vorzustellen:

Durch unmittelbare Einwirkung der Spirochäten kommt es zu umschriebenen Infiltraten chronisch-entzündlicher Natur von verschiedener Mächtigkeit. Sowohl der Druck des Infiltrates wie die von den Spirochäten gebildeten Toxine schädigen das Gewebe der Haut. Im Verlauf des Prozesses kommt es dann nicht nur zu einer Resorption des Infiltrates, sondern auch zu einem manchmal weitgehenden Schwund der Kutiselemente, der Follikel, Haare, Talg- und Schweißdrüsen, des Pigmentes und besonders der elastischen Fasern. Das Epithel bleibt dabei intakt, nie kommt es zu Ulzerationen. Durch das Schwinden so vieler wichtiger Elemente der Kutis ist dann die übrigbleibende Epidermis zu groß und fältelt sich. Die Kutis darunter zeigt eine stark verminderte Konsistenz, die dem tastenden Finger deutlich zur Wahrnehmung kommt. Als Endprodukt, das einer weiteren wesentlichen Veränderung oder Beeinflussung dann nicht mehr zugänglich ist, bleibt schließlich etwas übrig, was man ohne weiteres als atrophische Narbe bezeichnen kann. Zur Entwicklung des Phänomens ist jedoch eine besondere Disposition erforderlich.

Hinsichtlich des Gesamtbegriffes der Atrophia cutis maculosa überhaupt dürfte sich derzeit folgender Standpunkt empfehlen:

1. Die Atrophia cutis maculosa ist nicht als ein selbständiger Krankheitstypus aufzufassen, sondern lediglich ein Endzustand pathologisch ähnlicher Prozesse, wie sie z. B. durch Tuberkulose und Lues, aber auch durch andere, zu entzündlichen Infiltrationen führende Affektionen entstehen können.

2. Außer den genannten Ursachen und Vorgängen scheint zum Zustandekommen dieser Atrophie noch eine besondere individuelle Disposition erforderlich zu sein, über die wir gegenwärtig nichts Näheres aussagen können.

Digitized by Google

Literatur.

1. RUSCH, Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie. Arch. f. Derm., Bd. 81, S. 3. — OPPENHEIM, M., Zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis. Arch. f. Derm., Bd. 81, S. 127. — 3. VIGNOLO-LUTATI, Über die Atrophia maculosa cutis. Mh. f. pr. Derm., Bd. 45, S. 329. — 4. MIBELLI, Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker. Mh., Bd. 1900. — 5. MATZENAUER, Wien. derm. Ges. 1913, Ref. Arch., Bd. 68, S. 439. — 6. RESPIGHI, Un caso di Sclerodermia a piccole placche. Giorn. ital. delle mal. vener., 1894. — 7. NOBL, Über ein bisher nicht beschriebenes postsyphilitisches Merkmal. W. kl. W., 1903, S. 1157. — 8. NOBL, W. kl. W., 1907, Nr. 39.

Fachzeitschriften.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

August 1914.

Syphilitische Heredität und kongenitale Syphilis, von WILLIAM P. BOARDMAN-Boston. In dieser zusammenfassenden Betrachtung kommt Verfasser in erster Linie zu dem Ergebnisse, daß es zwei Arten von erblicher Übertragung der Syphilis gibt: die erste ist die der virulenten Krankheit, welche fast immer eine Folge der mütterlichen Syphilis ist, die zweite ist die indirekte oder mit Dystrophie verbundene Form, welche in Mißbildungen und fehlerhafter geistiger und körperlicher Entwicklung besteht und sowohl von Vater wie Mutter herrühren kann. Die Hauptwirkung der erstgenannten Form ist fötale und in den ersten Lebensjahren vorkommende Mortalität. Bei Durchsicht der neuesten Literatur findet übrigens B., daß Syphilis keine so allgemeine Ursache der Fehl- und Frühgeburten ist, als allgemein angenommen wurde; vor allem scheinen Fehlgeburten (in den ersten Schwangerschaftsmonaten) relativ selten auf Syphilis zurückzuführen zu sein, während Frühgeburten (vom achten Monat ab) immerhin zu zwei Drittel durch Syphilis bedingt sind. Daraus müßte der Schluß ein berechtigter sein, daß in den meisten Fällen die Infektionen des Kindes in der späteren Hälfte der Schwangerschaft stattfinden. Was nun den Einfluß der Syphilis auf das lebend geborene Kind betrifft, so lehren die statistischen Zusammenstellungen, daß bei Erscheinungen, welche in den ersten vier Wochen sich zeigen, fast regelmäßig tödliches Ende folgt, bei solchen in den zweiten vier Wochen zwei Drittel und im dritten Monate etwa die Hälfte der Befallenen sterben. Die WASSERMANNsche Reaktion war nach den umfangreichen Untersuchungen MÜLLERS bei den mit aktiven Erscheinungen zur Welt Gekommenen fast stets, bei den scheinbar gesund Geborenen, aber von syphilitischen Müttern Stammenden, in etwa 40% der Fälle positiv. Was das klinische Bild des neugeborenen syphilitischen Kindes betrifft, so sind das bekannte greisenhafte Aussehen des Gesichts, die faltige Haut, allgemeine Schwäche (schwaches Schreien) typisch. Von Symptomen beim neugeborenen Syphilitischen ist das gewöhnlichste Coryza, dann die schweren Hauterscheinungen (Pemphigus), Leber- und Milzvergrößerung, Drüsenschwellungen. Der zweifellos interessanteste Teil des Themas umfaßt die hereditäre Spätsyphilis; die Frage, ob dieselbe ohne frühere Symptome vorkommen kann, ist immer noch eine ungelöste, aber sicherlich waren in der Mehrzahl der Fälle leichte Erscheinungen vorhanden, die oft der Aufmerksamkeit der Eltern und Ärzte entgangen sind. Der Typus dieser Kinder ist meist geistige und körperliche Minderwertigkeit, blasses Aussehen, zuweilen verbunden mit Deformitäten verschiedener Art. Im Gegensatz zu diesem „ewigen Sorgenkinde" gibt es einen Typus des überernährten (allzu fetten)

Digitized by Google

Kindes, wovon Fournier drei Fälle anführt, und das spät Laufen und Sprechen lernt und in der Schule zurückbleibt. Hutchinsons Triade ist zwar pathognomonisch für Syphilis, wenn sie vorkommt, aber sie kommt sicherlich nur selten zur Beobachtung. Die charakteristischste (syphilitische) Störung von seiten der Ohren ist plötzliche doppelseitige Taubheit, die ohne erkennbare Ursache auftritt und wahrscheinlich auf Erkrankung der Gehörsnerven-Endigungen beruht; Behandlung ist ohne Erfolg, und bald entwickelt sich als weitere Folge Stummheit. Von den Augenveränderungen sind die häufigsten Neuritis optica in früher Kindheit, interstitielle Keratitis und Iritis bei älteren Kindern, aber noch häufiger in späteren Jahren Narben als Zeichen früherer Erkrankung. Ebenso auf der Haut und den Schleimhäuten. An den Urogenitalorganen findet sich oft allgemeine Entwicklungsstörung, sowohl beim männlichen wie weiblichen Geschlecht; die Pubertät stellt sich spät ein, und das Wachstum der Schamhaare ist ein spärliches. Auch Knochen, Gelenke, Gefäß- und Nervensystem können in verschiedener Weise, wie B. kurz erläutert, ein Angriffspunkt der hereditären Spätsyphilis sein. Was die Behandlung der Erbsyphilis betrifft, so hat uns die Wassermannsche Reaktion so wie nichts anderes gelehrt, daß wir die Behandlung wenigstens 3—4 Jahre in energischster Weise fortsetzen müssen. Quecksilbereinreibungen oder noch besser Einspritzungen — in den ersten drei Lebensmonaten lösliche Salze und später das Salizyl-Hg —, kombiniert mit Salvarsan oder Neosalvarsan (0.01 resp. 0,015 pro Kilo Körpergewicht), in die äußeren Jugular- oder die Kopfvenen injiziert, sind die Methoden der Wahl. Quecksilberbäder werden jetzt selten mehr gebraucht wegen der ungenauen Dosierung und der Vergiftungsgefahr bei Hautrissen. Jodkalium wird von Kindern wenig gut vertragen und sollte nur bei vorhandenen Gummata in kleinen Dosen gegeben werden. Je jünger das Kind, um so wirksamer wird übrigens durch eine energische Behandlung Dauerheilung erzielt.

Noguchis Luetinprobe auf Syphilis, von Allen Pusey und Arthur W. Stillians-Chicago. Die Probe wurde genau nach Noguchis Vorschriften ausgeführt, indem ein kleiner Tropfen der aus zwei Teilen Salzlösung und einem Teil Luetin bestehenden Lösung unter die Haut injiziert wurde, so daß ein kleines Bläschen entstand. Bei positiver Reaktion entwickelt sich aus demselben am dritten Tage ein größeres Bläschen, von einem roten Hof umgeben, am fünften Tage hat es wieder bedeutend an Größe abgenommen, ist aber bis zum siebenten Tage meist noch ganz deutlich vorhanden. Die Reaktion wurde im ganzen an 334 Fällen, wovon an 255 syphilitischen und 79 nichtsyphilitischen, ausgeführt. In den sieben Fällen von primärer Syphilis (mit noch bestehendem Schanker) war sie stets negativ, in den 104 Fällen sekundärer Syphilis nur 21 mal positiv, während hier 91 mal die Wassermannsche Reaktion positiv war; bei 122 Fällen von tertiärer (Spät-)Syphilis war das Ergebnis hingegen 89 mal positiv gegenüber 64 positiven Wassermannschen Reaktionen. Bezeichnend für den Wert der Luetin- als Ergänzung der Wassermannschen Reaktion ist, daß 18 der positiven Luetinfälle negativen Wassermann gaben. Von 22 Fällen von Tabes und allgemeiner Paralyse gaben 11 = 50% ein positives Luetinresultat. Die zur Kontrolle an 79 Nichtsyphilitikern vorgenommene Luetinprobe war stets negativ. Vor allem ist dieselbe also ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel bei tertiärer oder Spätsyphilis, wo sie zweifellos eine Ergänzung der Wassermannschen Reaktion bilden dürfte.

Dermatitis exfoliativa, mit Bericht über einen Fall, von J. W. Miller-Cincinnati. Der Fall betraf einen siebenjährigen Knaben, bei dem das Leiden seit fünf Jahren bestand, zuerst den behaarten Kopf ergriffen und dann mit Unterbrechungen über den ganzen Körper mit Ausnahme von Handtellern und Fußsohlen sich verbreitet hat. Die Schuppen waren im Gegensatz zu anderen Arten von Dermatitis exfoliativa

Digitized by Google

klein, die Haut verdickt und stellenweise ödematös, Jucken in mäßigem Grade vorhanden, das Haar wurde brüchig und fiel aus. Das Allgemeinbefinden war ein gutes, nur zeitweise durch Temperaturerhöhungen (Fieberschauer) gestört. Bezüglich der Behandlung schien die Lassarsche (Zinksalizyl)-Paste am besten zu wirken, von inneren Mitteln Chinin Erfolg zu haben; ohne daß bereits völlige Heilung eingetreten wäre, besteht nach dem bisherigen Verlaufe Aussicht auf eine solche, wie Verfasser schließlich angeben.

Ein Fall von Bromeruption, von H. G. Irvine-Minneapolis. Patientin, 26 Jahre alt, verheiratet, hatte drei Jahre lang wegen Nervenleidens eine „Medizin", die Brom enthielt, genommen und zeigte sich nun mit einer auf die Unterextremitäten beschränkten Hauteruption, welche aus erhabenen, wuchernden, mit schmutzig-grauem Eiter bedeckten Wucherungen von unregelmäßiger Form und Erbsen- bis Handtellergröße bestanden. Die Granulationen waren von einem dunkelblauen Rand umgeben und ziemlich viel Schmerz verursachend. Nachdem mit der Brommedizin aufgehört worden ist, trat Abflachung der Wucherungen und baldige Heilung (nach zirka drei Wochen) ein. M. Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Salvarsan, eine wirksame Behandlung von Gehirnsymptomen, die von Syphilis abhängen, von Joseph Collins-New York. (New York m. J., 16. Mai 1914.) Unter Anführung von drei Fällen, einen weiblichen und zwei männliche Patienten im Alter von 22—27 Jahren betreffend, weist C. auf die Notwendigkeit hin, in jedem Falle, wo Verdacht auf eine Hirngeschwulst besteht, die Wassermannsche Reaktion vorzunehmen. Der pathologische Prozeß, der sich in den drei Fällen abspielte, ging hauptsächlich von den Hirnhäuten aus, außerdem waren in zwei der Fälle Erscheinungen erhöhten Hirndruckes, wahrscheinlich eine Folge von Flüssigkeitszunahme innerhalb der Ventrikel, vorhanden; bei Syphilis im allgemeinen sind, wie auch in den vorliegenden Fällen, die Gehirnbasis und die Konvexitäten von der Entzündung (der Häute) befallen und dementsprechend die Symptome: heftige Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Schlaflosigkeit, Nackensteifheit, Monoplagien usw. In allen drei Fällen war der Erfolg von 3—4 Dosen Salvarsan resp. Neosalvarsan (0,45—0,9) im Verlaufe von 20—30 Tagen gegeben, ein ausgezeichneter und zum völligen Verschwinden der Symptome führend.

M. Stern-München.

Mit Salvarsan behandelte Syphilisfälle, von St. Verzár-Nagyvárad. (Orv. Hetilap, 1913, Nr. 32.) Verfasser beobachtete in keinem einzigen von 378 Fällen Neurorezidive. Von 57 mit Neosalvarsan behandelten Kranken trat bei einem beiderseitige Nervus acusticus-Lähmung auf, die aber bei einer neueren Hg-Behandlung einer Besserung entgegenging. In einem zweiten Falle trat nach der ersten Dosierung von ebenfalls 0,5 g Neosalvarsan eine sehr starke Gastroenteritis ein, die erst nach zwei Monaten durch strengste Diät und medikamentöse Behandlung zum Schwinden gebracht worden ist. Wechselmann und Marschalkó stimmen darin überein, daß die richtigste Anwendung des neuen Mittels die ist, daß man in Zwischenräumen von einigen Tagen mit mehreren kleineren, steigenden Gaben die Kranken behandelt. Die Heilwirkung steht der des Salvarsans nicht nach. Verfasser schildert zwei Fälle: 1. Eine 39jährige Frau bekam

Digitized by Google

bei manifesten Syphilissymptomen nach Hg-Injektionen 0,3 g Salvarsan intravenös. Am fünften Tage waren bei gutem Allgemeinbefinden die Symptome ganz verschwunden. Sechs Wochen später hatte sie ständige und starke Schwindelanfälle, daß sie im Bett auch nicht einige Minuten sitzen konnte; dann Übelkeit, starkes Erbrechen. Im Bauche gegen die unteren Gliedmaßen ausstrahlende, zuckende Schmerzen. Der Puls war 58—64. Die Kranke ist bis zu einem gewissen Grade dement, apathisch, befaßt sich oft mit Selbstmordgedanken. Fünf Tage später trat linksseitige Fazialisparese auf. So dauerte es acht Tage, bis in die Vene neuerdings 0,25 g Salvarsan injiziert wurde. Am nächsten Tage war die Veränderung wunderbar, Übelkeit, Kopfschmerz, Schmerzen im Bauche waren verschwunden; der Gemütszustand der bis dahin apathischen, schläfrigen Kranken ist heiter; sie plaudert mit der Umgebung gern. Sie klagt nur noch über Schwindel, der auch bedeutend abgenommen hat. Die Fazialislähmung besteht unverändert, die Besserung machte rapide Fortschritte, so daß am fünften Tage alle Symptome verschwunden waren. Abgesehen von der Fazialislähmung war keine Spur von den sonstigen Symptomen. Hg-Jodbehandlung; acht Wochen später war auch die Lähmung behoben. Verfasser hielt den Fall für Meningitis basilaris syphilitica. 2. Ein 24jähriger Mann gebrauchte vor zwei Jahren gegen Lues Schmierkur und war seither vollkommen in Ordnung. In der linken Schulter jedoch und im Oberarm bestanden noch unwillkürliche Zuckungen, die im Schlafe aussetzten, so daß die Diagnose Hemichorea gestellt wurde. Arsen, Elektrisieren, Bäder hatten keinen Erfolg. 0,4 g Salvarsan. 5—6 Stunden nach der Injektion waren die Zuckungen lebhafter, aber am nächsten Tag hörten sie auf, und am zehnten Tage wurde der Kranke geheilt entlassen. Die Hemichorea faßte der Verfasser als ein Symptom der Lues auf. M. Porosz-Budapest.

Syphilis und Salvarsan, von A. Neisser-Breslau. (Intern. m. Kongr. in London, 1913, Springer, Berlin 1913.) Sowohl Hg wie Salvarsan sind Syphilisspirochäten angreifende chemische Stoffe, sie wirken — und zwar höchstwahrscheinlich direkt — sowohl abtötend wie entwicklungs- und vermehrungshemmend. Da sowohl der menschliche Organismus auf jedes der beiden Heilmittel in verschiedener Weise reagiert, als auch die Spirochäten in wahrscheinlich qualitativ verschiedenartiger Weise angegriffen werden, so ist es vorteilhaft, in jedem Falle und in jedem Stadium beide Medikamente kombiniert anzuwenden (Kontraindikationen des einen oder anderen Mittels ausgenommen). Die kombinierte Hg-Salvarsanbehandlung ist sowohl wirkungsvoller als auch ungefährlicher. Da jedoch das Salvarsan als spirochätentötendes Mittel dem Hg überlegen ist, daher schneller und intensiver wirkt, so ist es anzuwenden: 1. jedenfalls für alle frischen Fälle (Primäraffekt und frühsekundäre Fälle), 2. im Interesse des Zustandekommens einer gesunden und gesundbleibenden Nachkommenschaft bei syphilitischen Müttern, 3. bei namentlich im Frühstadium auftretender Syphilislokalisation an besonders wichtigen Organen und 4. bei Patienten mit Hg-Idiosynkrasie.

Die Neurorezidive sind keine durch das Salvarsan als solches bedingte Erscheinungen, sondern echte Syphilisrezidive, die fast immer einer unzweckmäßigen — meist zu kleinen — Gesamtdosis oder einer sonst unzweckmäßigen Anwendung des Medikamentes ihre Entstehung verdanken.

Um den Rezidiven mit möglichster Sicherheit vorzubeugen, ist es absolut notwendig, sich nie auf eine „Abortivheilung" zu verlassen, sondern in jedem Falle der ersten Kur nach 5—6 Wochen etwa eine zweite Kur folgen zu lassen, ehe das Rezidiv sich entwickeln kann. Die Behandlung dauert so lange, bis 4—5 mal bei fortgesetzter Therapie die Wassermannsche Reaktion negativ ist; wünschenswert wäre dann vor Abschluß der Behandlung auch eine Liquoruntersuchung.

Am akutesten wirkt die intravenöse Anwendung des Salvarsans; am nachhaltigsten

Digitized by Google

wirkt die intramuskuläre, Tatsachen, welchen in jedem Falle Rechnung zu tragen ist. Die Gesamtdosis einer Kur betrage 2,5—3,0 g bei Männern, 2,0 g bei Frauen; bei spezifischen Veränderungen des Nervensystems 5,0—6,0 g. Man beginne mit 0.1—0,2 und gebe dann 0,4—0,6, mit Intervallen von etwa zehn Tagen bei den hohen, weniger bei den kleinen Dosen.

Zur Verhütung der unangenehmen und mitunter sogar lebensgefährlichen Nebenwirkungen ist notwendig: 1. richtige Behandlung des Medikamentes und der Lösung (Zersetzung durch Oxydation, „Wasserfehler", „Glasfehler"), 2. vorsichtige Dosierung zwecks Erkenntnis einer eventuell vorhandenen „Idiosynkrasie" (0,1—0,2—0,3 Neosalvarsan, eventuell erst intramuskulär), 3. Verhütung einer Kumulation durch Injektion zu großer Dosen in zu kurzen Intervallen (daher am 1., 10., 30., 40. und 55. Tage oder am 1., 8., 22., 29. und 42. Tage und sorgsamste Prüfung der Nieren-, Leber- und Darmfunktion), 4. genaue Untersuchung des Patienten auf eventuell vorhandene Krankheits- und Degenerationsprozesse der Leber, des Gehirns, der Nieren und des Nervensystems (Alkoholismus, Nephritis).

Trotz aller Vorsichtsmaßregeln lassen sich einige Nebenwirkungen des Salvarsans nicht vermeiden, da sie durch die Einwirkung des Medikamentes auf die Spirochäten und auf die syphilitischen Krankheitsprozesse bedingt sind.

Als Schema der kombinierten Hg-Salvarsantherapie ist zu empfehlen: 1. In allen Fällen beginnen mit kleinen Dosen, 0,1—0,2. Die zweite Injektion soll erst 8—10 Tage später mit derselben oder etwas gesteigerter Dosis gemacht werden. 2. Zu gleicher Zeit oder eventuell schon vorher soll die Quecksilberbehandlung beginnen. 3. Folgen den ersten zwei Salvarsaninjektionen mit kleinen Dosen keine starken Nebenwirkungen (seitens des Nervensystems, des Magens und Darms), fehlen vasomotorische Erscheinungen während der Infusion, so kann man zu größeren Dosen bis 0,4—0,6 bei Männern, bis 0,3—0,5 bei Frauen übergehen; durchschnittlich 0,01 pro Kilo. 4. Sorgsame Beobachtung der Nierenausscheidung und der Darmfunktion ist durchaus erforderlich. Große Intervalle zwischen den Injektionen. 5. Allergrößte Vorsicht bei Alkoholikern, Neurasthenikern und Leberkranken. O. Gans-Hamburg.

Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von E. Jeanselme. (Monographies Cliniques, Nr. 72, Masson u. Co., Paris.) Verfasser bespricht zuerst kurz die Errungenschaften der Syphilidologie des letzten Dezenniums: experimentelle Syphilis, Spirochaeta pallida, Wassermann. Dann geht er ausführlich auf Salvarsan, seine chemische Zusammensetzung, die Herstellung der Lösung, die Technik der Anwendung und die unmittelbaren Folgen ein. Bei Besprechung der Ausscheidungsverhältnisse bringt Verfasser die chemische Untersuchung der Organe bei zwei Patienten, die mit einer akuten bzw. chronischen syphilitischen Meningitis behaftet und nach Verabreichung von Salvarsan gestorben waren. Es zeigte sich, daß sich das Arsen hauptsächlich in der Milz abgelagert hatte. Bei einem Versuche mit einer Ziege fand es sich vor allem in der Leber. Die gefundenen Arsenmengen waren aber minimal im Vergleiche zu den eingeführten. Eine ausführliche Besprechung widmet der Verfasser den Indikationen und Kontraindikationen und der serologischen Kontrolle der Resultate. R. Frühwald-Leipzig.

Abortive Behandlung der Syphilis recens mit Salvarsan, von N. Müllern-Aspegren-Stockholm. (Allmänna svenska Läkare tidningen, 1914, Nr. 6.) Verfasser bespricht das Thema aus der Literatur, und fügt dann 56 Fälle aus eigener Praxis hinzu. Am Schluß stimmt er folgenden drei Zitaten bei: Bettmann: An der Möglichkeit einer Abortivkur bei Syphilis (mittels Salvarsan) kann nicht gezweifelt werden. Rasch: Zwei Dinge sind gewiß, daß wir niemals mit einer früher angewandten Therapie so gute Resultate gehabt haben, und daß diese (Salvarsan)

Digitized by Google

Behandlung, wenn sie allgemeiner wird, in sehr hohem Maße die Ausbreitung der Syphilis hindern wird. NEISSER: Das Wichtigste, was wir zum Heil des Individuums und zur Bekämpfung der Syphilis als Volksseuche machen können, scheint mir das zu sein, die Kenntnis der soeben besprochenen Abortivkuren (Salvarsan eventuell mit Hg zusammen) zwischen Ärzten und Laien zu verbreiten. W. Holland-Kristiania.

Nachtrag zu den Behandlungserfolgen nach Salvarsanbehandlung, von GENNERICH-Kiel. (M. m. W., 1914, Nr. 13.) Kurze tabellarische Zusammenstellung der serologischen Verhältnisse bei den behandelten Primärfällen in den Jahren 1910—1913. A. Philippi-Salzschlirf.

Über das spätere Schicksal der im Kindesalter mit Salvarsan behandelten Luesfälle, von J. BÓKAY-Budapest. (Orv. Hetilap, 1913, Nr. 6.) Von 26 mitgeteilten Fällen konnte Verfasser nur 10 Fälle unter ständiger Beobachtung halten. Von diesen erneuerten sich die Lueserscheinungen in 6 Fällen. Die rezidiven Fälle betrafen Säuglinge, die an Lues congenita gelitten haben. Die Erneuerung der Krankheitssymptome stellte sich nach $3^1/_2$, 4, 5, 7 und $11^1/_2$ Monaten ein. Die Rezidive waren in allen Fällen mild, und die Symptome bildeten sich bei Quecksilberbehandlung (unter Dosierung von Kalomel) rasch genug zurück. Von den dauernd geheilten 4 Fällen waren 2 Lues congenita und 2 Lues acquisita. Auf Grund seiner 4 Fälle (5 Wochen, 4 Monate, 1 Jahr, $1^1/_2$ Jahr) behauptet Verfasser nach 29, 24, 29 und 28 monatiger pünktlicher und ständiger Beobachtung, daß in diesen Fällen das in von EHRLICH ursprünglich vorgeschriebener Weise intraglutäal angewendete Salvarsan die Sterilisativmagen zur Folge hatte. Dies bekräftigt auch der Umstand, daß in allen 4 Fällen die WASSERMANN-Reaktion negativ ist. Daß Verfasser Salvarsan doch mit Quecksilberbehandlung kombiniert, findet seine Erklärung in der großen Zahl der Rezidive. M. Porosz-Budapest.

Intravenöse Injektionen von Sublimat, Hyrgol, Quecksilberoxyzyanat und Sublamin bei Rückfällen nach Salvarsanbehandlung, von M. L. HEIDINGSFELD-Cincinnati. (Am. J. Urol., August 1912.) Nach und nach mehren sich die nach Salvarsan eintretenden Rezidive und veranlassen auch begeisterte Verehrer des Salvarsans zur Publikation dieser Resultate. H. hat dabei einen eigentümlichen Unterschied zwischen Privatpatienten und poliklinischen Patienten konstatieren können. Er glaubt, daß dieser Unterschied weniger auf der verabreichten Dosis beruht, als darauf, daß bei den Privatpatienten der Behandlung der regelmäßige WASSERMANN in viel häufigerer Weise zugrunde gelegt wurde, als bei den poliklinischen Patienten. Da die Rezidive sich auffällig gemehrt haben, ist H. wieder zum Quecksilber in vielen Fällen zurückgekehrt und hat, um größere Wirkung zu erzielen, intravenöse Injektionen gemacht und zwar Sublimat in 11 Fällen, Hyrgol in 92, Quecksilberoxyzyanat in 114 und Sublamin in 15 Fällen. Er berichtet recht gute Resultate, die besonders in einigen, recht hartnäckigen Fällen zutage traten. Vertragen wurden die Injektionen meist recht gut, am besten Quecksilberoxyzyanat in einer Dosis von 0,02, gegeben in einer Lösung 1—1000. W. Lehmann-Stettin.

Rezidive und Reinfektionen nach der Salvarsanbehandlung der frischen Syphilis, von PAUL RAVAUT. (Presse méd., 1913, Nr. 75.) Der Verfasser warnt vor der Diagnose Reinfektion, wo es sich meist um ein Rezidiv in Form einer schankrösen Läsion handelt, welche auch an vom primitiven Schanker entfernt liegenden Körperteilen vorkommen kann. A. Gunsett-Straßburg.

Klinische und serologische Syphilisrezidive nach Salvarsan und deren Behandlung; eine serologische Studie über 651 Fälle mit 952 intravenösen Salvarsanbehandlungen und 3304 WASSERMANN-Reaktionen, von M. L. HEIDINGSFELD-

Digitized by Google

Cincinnati. (J. Am. m. Assoc., 1. November 1913.) Diagnose und Therapie der Syphilis ohne Berücksichtigung der WASSERMANN-Reaktion ist unwissenschaftlich und unbefriedigend. Salvarsan ist zwar kein unfehlbares Heilmittel, aber es ist gegenwärtig das wirksamste, das uns für die Behandlung der Syphilis zur Verfügung steht; 77% Heilungen in klinischer und serologischer Hinsicht sind mit seiner Hilfe zu verzeichnen. Die bleibenden 23% mit positiver WASSERMANN-Reaktion hat H. auf verschiedene Weise behandelt. Intravenöse Injektionen mit Hg oxycyanatum und Hg bichloratum in Lösung von 1:1000 und in Mengen von 100—200,0 waren in Hinsicht auf die WASSERMANN-Reaktion ermutigend, aber gastro-intestinale Störungen und obliterierende Phlebitis am Ort der Injektion wirkten abschreckend; 10%ige Lösungen von Natrium kakodylicum und Atoxyl gaben befriedigende Resultate, und zwar ist ersteres dem letzteren vorzuziehen. Gleichzeitig wurde auch Salvarsan gegeben. Unter dieser Behandlung, Natrium kakodylicum und Salvarsan, wurde eine Reihe von hartnäckig WASSERMANN-positiven Fällen schwach positiv oder negativ. Sonstige Behandlung in tonischer und diätetischer Hinsicht wurde natürlich auch nicht vernachlässigt. Alkoholgenuß wurde völlig verboten.

H. Fendt-Wiesbaden.

Über die Rezidive der Syphilis nach Arsenbehandlung, von AUDRY. (La Province méd., 1914, Nr. 1.) Der Verfasser behandelte 172 Syphilitiker, die seit über sechs Monaten und weniger als 34 Monate mit Altsalvarsan allein oder zusammen mit Quecksilber behandelt worden. 45 Kranke wurden während der Primärperiode behandelt. Davon zeigten 10 Rezidive und eine positive WASSERMANNsche Reaktion; meistens fielen die Rezidive in den 6. oder 8. Monat, aber auch 1—1½ Jahre später trat noch ein Exanthem auf. Von 111 Kranken, die während der Sekundärperiode behandelt wurden, bekamen 37 Rezidive. Letztere waren seltener bei Individuen, die zugleich merkurialisiert wurden. Der Verfasser hebt hervor, daß eine Abortivbehandlung durch Akkumulation von Salvarsandosen illusorisch ist. Dabei soll man nicht aus den Augen verlieren, daß bisher 260 Salvarsantodesfälle publiziert wurden. Von 16 Tertiärsyphilitischen endlich rezidivierten 5. Der Verfasser faßt seine Meinung dahin zusammen, daß, außer bei den meisten Schankern, die Wirkung des Salvarsans besonders eine momentane ist. Sie gibt absolut keine Sicherheit für die Spätresultate, und man muß mit ihr unbedingt eine intermittierende und chronische Quecksilberkur verbinden.

A. Gunsett-Straßburg.

Leichte Methode der intravenösen Anwendung von Salvarsan und Neosalvarsan, von E. G. BALLENGER und OMAR F. ELDER-Atlanta, Georgia. (M. Record, 20. September 1913.) Die Verfasser injizieren mittels der Spritze, an die ohne Schlauchverwendung die Nadel exzentrisch angefügt ist, so daß die Spritze ohne Schwierigkeit an den Arm herangebracht und aufgelegt werden kann. Die Verfasser halten Salvarsan für wirksamer als Neosalvarsan und glauben, daß Neosalvarsan bei intramuskulärer Injektion rascher resorbiert wird; sie geben es darum meist Säuglingen.

W. Lehmann-Stettin.

Intravenöse Injektion von Salvarsan und Neosalvarsan, von DANIEL TUCKER MILLER-Terre Haute, Indiana. (New York m. J., 11. Oktober 1913.) M. hält es für zweifellos, daß mit einer einzigen intravenösen Salvarsaninjektion Syphilis definitiv geheilt werden kann; je früher im Primärstadium es gegeben wird, um so besser der Erfolg. Während es gefährlich sei (? Refer.), Neosalvarsan Patienten, die mit Hg oder Jod gesättigt seien, zu geben und nicht ratsam, die Behandlung mit letzteren unmittelbar an eine Salvarsaninjektion anzuschließen, scheint M. trotzdem die Kombination der neuen und alten Methode zur größten Sicherheit der Patienten empfehlenswert, also wohl getrennt durch gewisse Zwischenräume. Im allgemeinen zieht er nun das Neosalvarsan

Digitized by Google

wegen seiner geringeren Giftigkeit und Nebenerscheinungen vor. Gegenindikationen gegen Salvarsan sind vor allem vorgeschrittene Brightsche Krankheit und Myokarditis, aber auch Erkrankungen des Nervensystems. M. schätzt die jährliche Zahl der neuen Syphilisfälle in den Vereinigten Staaten auf 275000, die Zahl der noch nicht oder mangelhaft Behandelten auf 3 Millionen, und diese böten ein großes Feld für die dankbare Anwendung der neuen Methoden. M. Stern-München.

Ein neues Verfahren der intravenösen Salvarsaninjektionen, von Alexandrescu-Dersca. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 7.) Verfasser bedient sich einer Lüerspritze von 1—2 ccm Inhalt. Die Lösung des Neosalvarsans findet in der Phiole selbst statt. Er fängt an mit 0,15—0,3 und fährt fort mit 0,45, seltener 0,6, wöchentlich eine Injektion, an einigen Kranken achtmal nacheinander. Die Vorteile dieses Verfahrens seien folgende: einfache Spritze, Kürze der Zubereitung, keine Assistenz, langsamere Ausscheidung der konzentrierteren Lösung aus dem Körper und daher längere Wirkung, ambulante Behandlung während der beruflichen Tätigkeit. W. Haas-Hamburg.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege, von Anton Blumenfeld. (W. m. W., 1914, Nr. 49.) Die häufigsten Soldatenkrankheiten sind die Hyperidrosis pedum und die Krätze. Beide verlangen eine möglichst rasche Beseitigung. Von Ekzemen werden akute und chronische beobachtet, am meisten die Intertrigo. Weiter finden sich Follikulitis und Furunkulose und schließlich Fälle von Trichophytie. Weiterhin kommt Verfasser auf die Bedeutung und Behandlung der drei Geschlechtskrankheiten zu sprechen. Hierbei erwähnt er, daß maligne tertiäre Formen keineswegs durch Strapazen, sondern durch schlechte Behandlung bedingt seien. Von einer Prophylaxe verspricht er sich wenig und ist überzeugt, daß nach dem Kriege die Zahl der Geschlechtskranken erheblich zunehmen werde. H. Vörner-Leipzig.

Verschiedenes.

Das k. k. österr. Ministerium des Innern hat bestimmt, daß der jetzt bei der Broterzeugung zugelassene Zusatz von **Maismehl** seitens der Brotbäckereien in den **Pellagragebieten** (Südtirol, Küstenland, Bukowina) nicht verwendet werden dürfe.

Assistenzarzt Dr. Karl Taege wurde mit der Leitung der dermatologischen Klinik in Freiburg i. B. an Stelle des verstorbenen Prof. Jacobi beauftragt.

Oberstabsarzt d. R. Dr. Rudolf Krösing-Stettin ist verwundet.

Priv.-Doz. Regimentsarzt i. E. Dr. Richard Volk-Wien erhielt das Goldene Verdienstkreuz mit der Krone am Bande der Tapferkeitsmedaille.

Ob. San.-Rat Prof. Ernst Finger wurde zum Vorsitzenden der Gesellschaft für die gesamte Therapie in Wien gewählt.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. Februar 1915 | Nr. 9 | Band 60

Ein Fall von Syphilis mit Primäraffekt in der Vagina.

Von

Oberarzt Dr. med. Ludv. Nielsen, Kopenhagen.

Die nachfolgende Krankengeschichte bietet kasuistisches Interesse dar wegen der sehr seltenen Lokalisation des Primäraffektes.

Die Patientin, ein 29jähriges unverheiratetes Dienstmädchen, wurde am 14. Febr. 1914 in meine Abteilung des Frederiksberg-Hospitales aufgenommen. Früher keine venerische Krankheit. Eine Entbindung vor vier Jahren, gesundes Kind, niemals Abortus; jetzt zum zweitenmal schwanger im sechsten Monate. Der Ansteckungszeitpunkt kann nicht erörtert werden, liegt aber wahrscheinlich ungefähr vier Monate zurück, weil sie während 7—8 Wochen an Ausschlag auf den Genitalien, Haarausfall und Kopfschmerzen gelitten haben soll; sie ist nicht behandelt worden.

Bei der Aufnahme ins Hospital fanden sich zahlreiche exkoriierte Papeln in der Regio anogenitalis, keine Induration weder hier noch extragenital. Dagegen bemerkte man auf der vorderen Wand der Vagina, gerade links von der Mittellinie und ungefähr 3 cm unterhalb des Anschlusses der Vagina an das Collum uteri, den oberen Rand einer schief ovalen Infiltration, am meisten einem Dreiecke mit sehr abgerundeten Ecken ähnlich, ungefähr 2 cm breit und ungefähr $1^1/_2$ cm hoch. Der ungefähr 2 mm breite, etwas wallartig erhabene Rand der Infiltration war von der umgebenden normalen Schleimhaut gut abgegrenzt und wesentlich von derselben Farbe wie diese; er schloß ein etwas tiefer liegendes Plateau ein, das von einer senkrecht gestellten, ziemlich tiefen und scharf abgegrenzten, schmalen Ulzeration (ungefähr 10 + 3 mm) mit dunkelrötlichem, leicht blutendem Boden und von einer hieran stoßenden größeren, flach vertieften, glatten, gelblichroten Farbe gebildet wurde. Sowohl mittels Sonden- als Digitalpalpation fühlte man eine ausgesprochene und wohl abgegrenzte Induration. Im Abschabe der Ulzeration wurden im Dunkelfeld ziemlich viele Spirochaeta pall. nachgewiesen. Bei der Exploration fühlte man keine Drüsenschwellung im kleinen Becken, in der rechten Leiste fünf, in der linken vier ziemlich kleine, etwa bohnengroße, skleröse, indolente Drüsen; ferner Polyadenit. axill., cervic. post. et submandib., Roseola trunci, Defluv. capill., Erosiones lingv., palati et tonsill. und Cephalalgie; kein Leukoderma. Es war kein Zeichen von Gonorrhoe, kein Ausfluß aus dem Canal. cervic. und keine Erosion am Collum uteri, keine Elytritis. Patientin hat keine Schmerzen und keinen Ausfluß aus der Vagina gespürt. Die übrige objektive Untersuchung zeigte nichts Abnormes. Harn ohne Eiweiß und Zucker. Hämoglobin 80. Gewicht 58,10 Kilo. Wassermann 0, 0, 0, 0, 40, 100; Herman-Perutz +.

Nach einer Behandlung mit 60 Hg-Einreibungen à 4 g und 60 cg Sublimat innerlich, samt mit 10% Kalomelvaseline auf Wattetampon in der Vagina, zeigte sich als Rest des Ulcus induratum, welches schon zehn Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus geheilt war, nur ein ganz schmaler, nicht infiltrierter Narbenstreifen, schwer nachweisbar zwischen den normalen Falten und Furchen der Vagina. Abgesehen von un-

Digitized by Google

bedeutender Drüsenschwellung waren auch die übrigen Symptome geschwunden, und WASSERMANN war am 30. April, $2^1/_2$ Monate nach der Aufnahme, negativ.

Zufolge dem oben beschriebenen klinischen Verhalten der Vaginalaffektion, im Verein mit dem Nachweise von Spiroch. pall., hat dieselbe ganz den Charakter eines wohl ausgesprochenen, teilweise vernarbten Ulcus induratum. Die demselben entsprechende primäre Lymphdrüsenschwellung sollte sich im kleinen Becken finden, indem nur das untere Drittel der Vaginalschleimhaut mit den Leistendrüsen in Verbindung stehen soll. Die Schwellung dieser letzteren, welche in diesem Falle im ganzen nicht sehr groß waren, zeigte auch kein stärkeres Hervortreten einzelner Drüsen. Durch die Exploration wurde indessen keine Drüsenschwellung im Becken nachgewiesen, eine solche ist aber auch nicht in anderen Fällen von Vaginalschanker gefunden worden (RILLE, BOCKHART u. a.), ebensowenig wie es in den weit häufigeren Fällen von Ulcus induratum colli uteri, soweit es FOURNIER[1]) bekannt ist, jemals eine primäre Drüsenschwellung im Becken nachgewiesen ist, obgleich sie auch bei diesen theoretisch an dieser Stelle zu finden sein sollte.

Nach FOURNIER (a. a. O., S. 123) ist der syphilitische Schanker in der Vagina selbst, also abgesehen vom Introitus, so überaus selten, daß er nach den nur wenigen vorliegenden authentischen Fällen eines solchen nicht imstande ist, seine Symptomatologie genau anzugeben. In einer persönlichen Statistik syphilitischer Genitalschanker bei Weibern, 249 Fälle umfassend (a. a. O., S. 119), führt er nur einen an, den er überdies als unsicher betrachtet, in der Vagina (im Introitus vaginae aber neun und auf dem Collum uteri 13).

Indessen liegt eine spätere Mitteilung von RILLE[2]) vor, nach welcher dieser die überraschend große Zahl von 21 syphilitischen Primäraffekten in der Vagina selbst (abgesehen vom Introitus) beobachtet hat, und unter diesen 18 sogar im Laufe von nur zwei Jahren unter dem großen Materiale der Wiener Klinik für Syphilis.

RILLE fand in einigen Fällen gleichzeitig mit dem Vaginalschanker auch Schanker auf den Genitalia externa und dem Collum uteri. Als Regel hatte er den Charakter einer sogenannten Pergamentsklerose, höhere Grade von Induration gehörten zu den Ausnahmen. Am häufigsten war er klein, ungefähr von Linsengröße, bisweilen nur hanfsamengroß (Zwergschanker), und konnte dann bei Lokalisation in Furchen oder Vertiefungen der Columna rugarum schwer zu finden sein. RILLE hat

---

[1]) FOURNIER, Traité de la syphilis, 1899, Bd. 1, S. 126. — [2]) RILLE, Über den syphilitischen Primäraffekt in der Vagina. (Naturforscherversammlg., Frankfurt a. M., 1896.) Mh. f. pr. Derm., 1897, Bd. 25, Nr. 1, S. 50. — RILLE, Zur Kenntnis der syphilitischen Veränderungen der Vagina und der Vaginalportion. D. m. W., 1904, 30. Jahrg., Nr. 17, S. 624.

Digitized by Google

jedoch auch größere Vaginalschanker gesehen, zweimal sogar von mehr als Markstückgröße. Übrigens wichen sie nicht wesentlich von Sklerosen an anderen Stellen ab. Das Ulkus war glatt und eben oder höchstens leicht vertieft, rotbraun glänzend mit geringem serösem Exsudate oder mit einer dünnen, weißlichgelben, festsitzenden Pseudomembran gedeckt. Immer scharf begrenzt mit einem nicht unterminierten Rande, welcher im Niveau der Ulzerationsbasis lag und nur bei größeren Ulzera leicht erhaben war. Die Form kreisrund oder länglich, oval; ganz kleine Ulzera, in Vertiefungen einer stärker gefalteten Vaginalschleimhaut sitzend, konnten eine unregelmäßige, gezackte Kontur haben. In vielen Fällen fand sich nur ein einzelnes primäres Vaginalgeschwür, bisweilen mehrere, selbst bis fünf oder sechs, wie es bei zwei Kranken, von welchen die eine eine Gravida war, beobachtet wurde. Der Schanker konnte überall in der Vagina vorkommen, am häufigsten wurde er auf der hinteren Vaginalkolumna gesehen. Seine gewöhnliche geringe Größe und schwache Induration bedingten eine meistens ziemlich ephemere Dauer, ein Bestehen von mehr als 3—4 Wochen gehörte zu den Ausnahmen, selbst ohne spezifische Lokalbehandlung. Dies ist nach der Annahme Rilles die Hauptursache der immer behaupteten extremen Seltenheit der primären Vaginalsyphilis, und er vermutet, daß viele Fälle von frischer Syphilis ohne nachweisbare Induration oder primäre Drüsenschwellung (anscheinend Syphilis d'emblée) bei Weibern durch primäre Infektion an der Vagina selbst entstehen.

In den von Rille erwähnten Fällen von vaginalen Schankern, wo es sich also bisweilen um eine ganz minimale, hanfsamengroße Affektion mit sehr schwach ausgesprochener Induration handeln kann, muß die Diagnose jedoch nicht immer so ganz einfach und deswegen auch kaum so ganz sicher sein, wenn sie nicht, wie es hier der Fall ist, durch die sonst nachweisbare primäre Skleradenitis oder durch den Nachweis von Spiroch. pall., deren Entdeckung (1905) ja später als die Abhandlung Rilles fällt, gestützt werden kann. Die in dieser Abhandlung erwähnten Fälle sind übrigens nicht durch Wiedergabe von Krankengeschichten erhellt. In einer beigefügten Abbildung sieht man mehrere Schanker auf einer ausgestülpten Vagina bei Prolapsus uteri. Die unter diesen Verhältnissen veränderte und leicht traumatisable Vaginalschleimhaut wird selbstverständlich weit günstigere Bedingungen einer Infektion darbieten als normal.

Von den genannten von Rille am häufigsten vorgefundenen Eigentümlichkeiten wich der Vaginalschanker in dem hier mitgeteilten Falle durch die bedeutendere Größe ($2 \times 1^1/_2$ cm), den wallartig erhabenen Rand, die stärker ausgesprochene Induration und die recht tiefe Ulzera-

Digitized by Google

tion ab. Dieses Verhalten wird offenbar durch die ebenfalls sehr ungewöhnliche Dauer des Schankers bedingt. Da die Papeln auf den Genitalien der Patientin und die generellen Symptome in 7—8 Wochen vor der Aufnahme ins Hospital vorhanden gewesen sein sollen, hat der Schanker wahrscheinlich seit ungefähr drei Monaten bestanden, während, wie angeführt, eine Dauer von mehr als 3—4 Wochen zu den Ausnahmen gehören soll, auch, wie hier, in unbehandelten Fällen. Als mögliches ursächliches Moment dieses ungewöhnlichen Verhaltens kann nur die Gravidität der Patientin angeführt werden, ebenso wie man vermuten kann, daß die in diesem Zustande mehr sukkulente und spröde Vaginalschleimhaut Anlaß zur Infektion durch ein Bersten während der Kohabitation oder vielleicht eher während eines früheren unzweckmäßigen Einführens von Vaginalrohr zur Ausspülung gegeben haben kann, was die etwas unregelmäßige Form des Schankers wohl andeuten könnte. Es könnte wahrscheinlich sein, daß ein kleines Trauma, eine Exkoriation der Vagina durch unsanftes Einführen eines Ausspülungsrohres im ganzen öfters eine mitwirkende Ursache des Entstehens der Schanker an dieser Stelle gewesen sein könnte. In einem Falle von Bockhart [1]) und in einem anderen, mitgeteilt von Barbiani [2]), zeigte der Vaginalschanker im wesentlichen dasselbe Verhalten wie bei der obigen Patientin. Im ersten Falle wies der Verfasser als Ursache sowohl der Lokalisation als der übrigen abweichenden Verhältnisse des Schankers, welcher in ungefähr 5—6 Wochen bestanden hatte, eine fortwährende Benutzung von „Stachel-" oder „Reiz-Kondom" bei den überaus häufigen Kohabitationen nach. In dem Falle Barbianis wurde der Vaginalschanker ungefähr eine Woche nach dem Hervortreten des generellen Exanthems wahrgenommen und hatte wohl also ungefähr sieben Wochen bestanden; hier wird die Ursache der Lokalisation einer Vaginitis mit alkalischem Ausflusse, herrührend von einer starken Endometritis, zugeschrieben.

Wenn auch der Vaginalschanker zufolge den Erfahrungen Rilles also keine so extreme Seltenheit zu sein scheint, wie gewöhnlich selbst von den erfahrensten Syphilidologen angenommen wird, muß die Vagina doch immer zu den seltensten Lokalisationen der syphilitischen Primärinfektion gerechnet werden, ganz im Gegensatz zu dem, was im voraus zu erwarten wäre, wenn man die Funktion der Vagina und die gewöhnliche Infektionsweise in Betracht zieht. Diese relative Immunität der Vaginalschleimhaut gilt bekanntlich auch sekundären syphilitischen Ex-

[1]) Bockhart, Max, Ein Fall von hartem Schanker der Vagina. Mh. f. pr. Derm., 1885, Bd. 4, Nr. 12, S. 417. — [2]) Barbiani, Guido, L'immunità della vagina per le affezioni veneree e sifilitiche. Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle, 1900, 35. Jahrgang, S. 6.

Digitized by Google

anthemen und für einen wesentlichen Teil auch tertiären Affektionen, ebenso wie Ulcus venereum und Gonorrhoe (bei Erwachsenen), gegenüber (auch primäres Karzinom und Tuberkulose sind äußerst selten in der Vagina). Die Ursache dieser besonderen Resistenz der Vaginalschleimhaut gegen Infektionen sucht man gewöhnlich in ihrem eigentümlichen anatomischen und physiologischen Verhalten, so in dem dicken und resistenten Epithel und der großen Erweiterungsfähigkeit der Vaginalwand, welche gegen Traumen als Eingangsöffnungen für Infektionen beschützen sollte, ferner in dem Mangel an Drüsen und namentlich auch (wie unter anderem besonders von Barbiani hervorgehoben) in dem unter normalen Verhältnissen, einer Infektion ungünstigen, sauren Vaginalsekret[1]). Es handelt sich hier aber nur um Hypothesen, die wirkliche Ursache der relativen Unempfänglichkeit der Vagina für die erwähnten Infektionen ist noch nicht nachgewiesen.

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1914, Heft 4.

1. Generalisierte Kaninchensyphilis, von Gian Luigi Colombo. Verfasser verimpfte ein Stück eines spirochätenhaltigen Kaninchenhodensyphiloms in die vordere Kammer eines Kaninchens; außer den reaktiven Erscheinungen zeigte das Auge in der Folge keinerlei Veränderung. Dagegen wurde 54 Tage nach der Inokulation ein Knötchen im linken Hoden gefunden. Dieses wurde rasch größer und ergriff innerhalb einer Woche den ganzen Hoden. Dieser war vergrößert, sehr derb, an der Haut adhärent. In der linken Seite geschwollene Drüsen. Verfasser inzidierte den Hoden und fand in dem aus seiner Tiefe entnommenen Materiale reichlich Spirochäten. Der Fall ist bemerkenswert, da eine Allgemeininfektion des Kaninchens ohne lokale Erscheinungen am Infektionsorte erfolgte. Allerdings hält es Verfasser nicht für ausgeschlossen, daß sich nur eine geringfügige Manifestation am Auge entwickelt habe, die übersehen wurde.

2. Zur Kenntnis der sogenannten Hautblastomykose, von G. B. Dalla Favera. Ausführliche Beschreibung des bereits früher veröffentlichten Falles (diese Zeitschr., Bd. 59, S. 1308). Daran anschließend eingehende Besprechung.

3. Beitrag zum Studium der professionellen Leukodermien und Melanodermien, von Carlo Vignolo-Lutati. Verfasser fand bei vielen Schmieden eine charakteristische Hautveränderung auf der Beugefläche des linken Armes. Sie besteht in kleinen, runden oder ovalen, punktförmigen bis linsengroßen, weißen oder braunen Flecken, die teils isoliert stehen, teils konfluieren. Die meisten Flecke liegen im Hautniveau, sind auf der Oberfläche glatt, nicht schuppend, leicht glänzend, von normaler Hautfelderung und Konsistenz. Nur einige der Flecke sind deprimiert, stärker glänzend, ohne Hautfelderung,

[1]) In dem normalen Vaginalsekret sollen Döderlein und Zweifel Gärungsmilchsäure, durch die Vaginalbazillen produziert, nachgewiesen haben. (N. Cukor, Über die Bedeutung des Milchsäuregehaltes im weiblichen Vaginalsekret und über die Rolle der Milchsäurepräparate in der Gynäkologie. Ref. in Mh. f. pr. Derm., 1910, Bd. 50, S. 517.)

Digitized by Google

von geringerer Konsistenz. Die Veränderungen kommen von den Funken, die beim Hämmern des glühenden Eisens auf den linken Arm, der das Eisen hält, fliegen. Doch ist Verfasser der Ansicht, daß es sich meist nicht um den Effekt einer Verbrennung handelt.

4. Ein Fall von angeborener Elefantiasis der unteren Extremität, von Giacomo Zaccarini. Der fünfjährige Knabe war schon mit einer Verdickung des linken Beines auf die Welt gekommen; diese nahm in den folgenden Jahren zu und führte schließlich zu einer hochgradigen Verunstaltung. Die Verdickung nahm distalwärts zu. Die stärkste Deformität begann am Fußgelenk, das einen Umfang von 26 cm (gegen 16 cm rechts) hatte. Der Fuß war nach einwärts gedreht, so daß der äußere Knöchel nach vorne, der innere nach hinten gekehrt war.

Heft 5.

1. 4000 Wassermannsche Reaktionen, von Mario Mantovani. Auf Grund seines Materiales kommt Verfasser zu dem Schlusse, daß die Wassermannsche Reaktion ein Symptom der Syphilis darstellt, das nicht notwendigerweise vorhanden sein muß. Auf die Diagnose, Therapie und Prognose kann sie noch keinen entscheidenden Einfluß haben; die klinische Untersuchung ist ihr überlegen. Verfasser ist ferner der Ansicht, daß die positive Reaktion außer im primären Stadium, bei geheilter Syphilis, bei Rezidiven und bei einigen Protozoenkrankheiten und bei sehr seltenen Leiden, das Vorhandensein gewisser, durch die Spirochäten bedingter Stoffe im Serum beweise. Deshalb hat die Reaktion nur geringen Wert für die Differentialdiagnose zwischen einem Rezidiv und einer nichtsyphilitischen Krankheit.

2. Dyskeratoma naevicum (Psorospermosis follicularis vegetans Darier), von Angelo Bellini. Eingehende klinische und histologische Beschreibung dreier eigener Beobachtungen und ausführliche Besprechung des Themas, die zu kurzem Referate nicht geeignet ist. Bemerkenswert ist die Namensgebung. Die Primäreffloreszenz ist ein kleiner Tumor, in dem die Dyskeratose vorherrscht, deshalb der Ausdruck: Dyskeratoma; um die wahrscheinlich kongenitale Natur des Leidens anzudeuten, fügt Verfasser „naevicum" hinzu.

3. Übertragung einer Emulsion eines Leproms auf einen niederen Affen. Entstehung eines primären, subkutanen Knotens auf dem linken Arme und sukzessiver sekundärer Knoten auf dem rechten Arm, von Giuseppe Verrotti. Die wiederholte intrakardiale Injektion leprösen Materiales hat weder bei Kaninchen noch bei einem niederen Affen während einer 17monatigen Beobachtungszeit einen positiven Effekt gehabt. Dagegen hatte die kombinierte intrakardiale und subkutane Impfung bei einem Zerkopithekus folgenden Erfolg: die subkutane Infektion folgte einen Monat auf die intrakardiale; es entstanden nach 13 Tagen subkutane Knoten an den Injektionsstellen, die zahlreiche Leprabazillen enthielten. Nach einem Jahre wurde die kombinierte Infektion gleichzeitig wiederholt. Nach zwei Monaten entstand ein Knoten an der Inokulationsstelle; 15 Tage später erschien ein Hautknoten auf dem anderen Handgelenke, der von sieben submiliären Knötchen auf dem Unterarme gefolgt war. Diese Knoten, die sehr rasch verschwanden, enthielten alle Leprabazillen. Bemerkenswert ist in diesem Falle das Auftreten von leprösen Produkten entfernt von der Inokulationsstelle. Verfasser denkt an eine Sensibilisierung des Organismus durch die wiederholten Inokulationen.

4. Beitrag zum Studium der Acariasis felina beim Menschen, von Vittorio Barbaglia. Der Kranke litt seit etwa einer Woche an einem heftigen, nachts exazerbierenden Pruritus der am Rücken begonnen hatte und sich auf die Arme, Flanken,

Digitized by Google

Beine, Hände und den Kopf ausdehnt. Gleichzeitig wurde er von einer Hauteruption, die sich rasch ausbreitete, befallen. Die Dermatose stellte sich dar als kleine Knötchen, höchstens von der Größe eines Centesimostückes, die isoliert standen, von Blutpunkten und -krusten bedeckt und von einem leichten roten Hofe umgeben waren. Es fanden sich keine eigentlichen Papeln, aber einige miliariaähnliche Bläschen. Die Effloreszenzen waren verstreut, nicht an die Follikel gebunden; in großer Zahl standen sie auf Armen und Beinen, nur vereinzelt auf dem Rücken. Die Prädilektionsstellen der Skabies waren frei; es fanden sich keine Milbengänge. Durch 5%ige Schwefelsalbe wurde die Affektion geheilt. Der Kranke gab an, daß er von einer Katze infiziert sein dürfte; Verfasser hatte Gelegenheit, diese zu untersuchen. Sie zeigte an den Ohren, an der Schnauze, der Stirne und den Vorderbeinen haarlose Stellen, schuppende und krustöse Effloreszenzen. In diesen fand Verfasser zahlreiche Eier und Milben in verschiedenen Entwicklungsstadien; diese erwiesen sich als Sarcoptes minor oder notoedrus. Es gelang auch mit den Hauteffloreszenzen der Katze einen Leprösen zu infizieren.

R. Frühwald-Leipzig.

Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma.

September 1914.

1. Sifilodermi nodulogummosi wie polymorphe fibröse Hautknoten, von Roberto Campana. Verfasser hat öfters bei erbsyphilitischen Individuen eigentümliche, wie gewöhnliche Fibrome aussehende Knoten gesehen, deren histologische Beschaffenheit er eingehend beschreibt. Er ist überzeugt, daß ähnliche Befunde auch bei anderen chronischen Hautentzündungen erhoben werden können, doch möchte er die Häufigkeit des Vorkommens bei Syphilis besonders hervorheben. Es dürfte sich nicht um ein syphilitisches Produkt handeln, sondern um eine eigenartige Reaktion des syphilitischen Organismus.

2. Fall von schwerer gummöser hereditärer Syphilis, nur auf einen Unterarm lokalisiert, von G. Garibaldi. Der Titel sagt das Wesentliche.

3. Über die Kombination von chronischer Malaria mit Erbsyphilis bei Kindern, von R. Campana. Chronischer Milztumor und lange anhaltendes Fieber werden bei Kindern meist auf chronische Malaria bezogen. Die Beobachtung hat aber gezeigt, daß auch beide Erscheinungen durch Erbsyphilis bedingt sein können. Deshalb muß man in solchen Fällen, die auf Malariatherapie nicht reagieren, stets auch an Erbsyphilis denken; schon manche Fälle, die als Malaria angesehen worden waren, sind durch Quecksilberbehandlung rasch geheilt worden. Natürlich können auch beide Erkrankungen gleichzeitig vorkommen.

4. Andere Kulturmedien für Mikrosporon furfur, von Antonino Zappalà. Verfasser hat abgeschabte feinste Schüppchen von Pityriasis versicolor in die Höhlung des unteren Kieles von Hühnern und Gänsen gebracht; das offene Ende wurde zugebunden und der Kiel in den Brutschrank gebracht. Nach 20 Tagen zeigte sich, daß die Feder ihre natürliche Klarheit verloren hatte und eine gleichmäßige weißliche Trübung zeigte; andere wiesen eine Menge weißlicher Punkte auf. Im Geschabsel von diesen Trübungen wurde Mikrosporon furfur nachgewiesen; ebenso gelang es aus ihm durch Übertragung auf einen Glykosenährboden den Pilz zu züchten.

5. Über die Wirkung einiger Essenzen auf die Psoriatikerhaut, von Cherubino Uncini. Verfasser hat die Essenzen von Drogen, die gewöhnlich zu Parfüms gebraucht werden, auf die Haut von Psoriatikern und von Tieren gebracht. Es zeigte sich zuerst kongestive Hyperämie, dann Nekrose und Abschilferung der obersten

Digitized by Google

Epithelschichten; gleichzeitig gehen an den erkrankten Stellen die histologischen Zeichen der Infiltration zurück. Manchmal verschwinden die Psoriasiseffloreszenzen; besonders ist das mit Eukalyptus, Rosen und Pfefferminz der Fall. R. Frühwald-Leipzig.

Actas dermo-sifiliograficas.

5. Jahrgang, Nr. 4 (April bis Mai 1913).

1. Syphilis maligna praecox, von Juan de Azúa. Der 19jährige Alkoholiker hatte vier Monate vorher einen Schanker akquiriert, der hämorrhagisches Aussehen annahm; nach kaum zwei Monaten entstanden Geschwüre auf der Haut und im Rachen, der Kranke wurde aphonisch und dyspnoisch. Keine Behandlung. Bei der Aufnahme fanden sich ein gangränöser Schanker am Präputium, gummöse Ulzerationen auf den Extremitäten und im Gesichte und große Geschwüre auf dem Gaumensegel und dem Rachen. Patient hatte heftige Atembeschwerden infolge einer Larynxstenose. Auf eine Injektion von 0,4 Neosalvarsan erfolgte eine heftige Reaktion, doch reinigten sich die Geschwüre etwas und die Dyspnoë wurde geringer. Am dritten Tage trat aber Fieber auf, es entwickelte sich eine Pneumonie, der Patient nach zwei Tagen erlag.

2. Behandlung der Syphilis mit Galyl, von José S. Covisa. Verfasser hat eine Reihe von Syphilitikern mit zirka drei intravenösen wöchentlichen Injektionen von 0,3—0,45 Galyl behandelt. Die Injektionen wurden gut vertragen; als Reaktionen stellten sich Fieber, Kopfschmerzen, Schüttelfrost und Erbrechen ein. Sklerosen verheilten rasch, manchmal in sieben Tagen. Roseolen und schmerzhafte Phänomene der Sekundärperiode (Kopf- und Gliederschmerzen) schwanden in 24 Stunden. Papulöse und pustulöse Syphilide heilten in 7—8 Tagen ab. Schädigungen (Hirnnervenaffektionen) wurden nie beobachtet. Galyl ist also ein dem Salvarsan und Neosalvarsan ebenbürtiges Antisyphilitikum; es ist in seiner Handhabung bequemer als ersteres, aber weniger bequem als letzteres.

3. Bemerkenswerter Fall von regionärer Syphilis hereditaria tarda, von Sáinz de Aja. Die 43jährige Patientin litt seit dem 20. Lebensjahre an häufigen Ulzerationen der Mundhöhle, die stets als tuberkulös angesehen und behandelt wurden. Die jetzige Affektion hatte vor acht Monaten in der Mitte des Oberlippenrandes begonnen und sich in Form eines serpiginösen Geschwüres auf die linke Seite des Oberlippenrandes, den linken Mundwinkel und die linke Hälfte des Unterlippenrandes fortgesetzt. Die Affektion ließ die Haut frei, ergriff aber die Lippenschleimhaut. Die Primäreffloreszenzen sind miliäre Knötchen, die rasch zerfallen, mit benachbarten konfluieren und zentrifugal weiterschreiten; es zeigt sich dann ein dunkelrotes, polyzyklisches Geschwür mit infiltriertem Rande und dickem Belage. Verfasser diagnostizierte die Affektion als späte Erbsyphilis; sie war sehr resistent gegen Salvarsan-Quecksilber-Jodbehandlung.

4. Behandlung der Blennorrhagie mit Uranoblen, von E. Mañeco. Verfasser hat in acht Fällen Uranoblen angewandt; sechsmal waren die Gonokokken acht Tage nach Beginn der Behandlung verschwunden. Zwei Fälle waren resistent, allerdings war der eine durch eine Bartholinitis kompliziert. Trotz der kleinen Zahl der Erfolge glaubt sich aber Verfasser doch berechtigt, sein Urteil dahin zu fällen, daß dem Uranoblen eine deutliche gonokokkentötende Kraft innewohnt. Dazu kommt, daß die Behandlungsmethode gefahrlos und sehr bequem ist, da die Kranken sich die Tuben selbst einführen können. Die Tuben sind auch nicht mit fettigen Massen bedeckt, die die Einwirkung des Mittels auf die Gonokokken verhindern. Ferner bleibt das Uranoblen lange Zeit in hoher Konzentration mit der erkrankten Schleimhaut in Berührung, was bei den, außerdem umständlich auszuführenden, Injektionen nicht der Fall ist.

Digitized by Google

5. Diagnostischer Wert der Wassermannschen Reaktion bei übersehener Syphilis, von José S. Covisa. Ein Fall mit Oberkiefernekrose und einer mit Kniegelenksschwellung, die lange Zeit vergeblich mit verschiedenen Mitteln behandelt wurden. Die Wassermannsche Reaktion war positiv und die daraufhin eingeleitete spezifische Behandlung brachte die Affektion rasch zur Heilung. Eine andere Patientin litt seit langer Zeit an Geschwüren auf dem Kopfe, den Armen usw., an periostitischen Herden des Schädels und der Tibien, sowie an einer Entzündung des linken Sprunggelenkes. Behandlung ohne Erfolg. Obwohl die Wassermannsche Reaktion negativ war, wurde schließlich doch eine antisyphilitische Kur begonnen, unter der die Affektion bald heilte. Verfasser betrachtet in diagnostischer Hinsicht die Wassermannsche Reaktion als ein Symptom, das zur Klärung unklarer Fälle beitrage. Doch dürfe die Therapie nicht lediglich nach ihrem Ausfall eingerichtet werden.

6. Innerliche Behandlung des Erysipels mit Ammoniumkarbonat, von Sáinz de Aja. Verfasser gibt bei Erysipel zweistündlich einen Eßlöffel einer 4%igen Ammoniumkarbonatlösung. Er ist zu dem Schlusse gekommen, daß dieses Mittel gegen Erysipel ebenso spezifisch wirkt, wie Chinin gegen Malaria. Wenn man es vom ersten Augenblicke an gibt, kann man eine Abortivkur erreichen. Bei rezidivierendem Erysipel hat die ununterbrochene Einnahme von Ammoniumkarbonat prophylaktischen Wert. Verfasser hält diese Behandlungsmethode für allen anderen bei Erysipel üblichen überlegen.

5. Jahrgang, Nr. 5 (Juni bis Juli 1913).

1. Xeroderma pigmentosum. Epitheliom mit Radium geheilt, von José S. Covisa. Die 25jährige Patientin leidet an typischem Xeroderma pigmentosum. Auf der Haut der Oberlippe besteht eine ungefähr 5 Centimesstückgroße tiefe Ulzeration mit scharfen, derben Rändern; sie ist sehr schmerzhaft und leicht blutend. Ein zweites, mehr oberflächliches Epitheliom findet sich auf der inneren Hälfte des rechten Unterlides und ein weiteres am rechten Nasenloche. Das große Epitheliom wurde durch sechs Bestrahlungen mit Radium von einstündiger Dauer geheilt. Die beiden anderen in kürzerer Zeit.

2. Behandlung der Hauttuberkulose mit Aurum-Kaliumcyanatum, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Verfasser empfiehlt die Injektionen in konzentrierter Form anzuwenden. Er injiziert mit einer gewöhnlichen, 5 ccm fassenden Spritze 1—5 ccm einer 1%igen Lösung; schließlich ist er sogar zu einer 2%igen Lösung übergegangen. Durch diese Reduktion der Flüssigkeitsmenge werden die Nebenerscheinungen, wie Erbrechen, Fieber, Kopfschmerzen usw., vermieden. Die Venen werden durch diese starken Konzentrationen nicht geschädigt.

3. Syphilitischer Schanker auf der Konjunktiva bulbi, von E. Garcia del Mazo. Am inneren Winkel des linken Auges befindet sich auf der Bindehaut des Bulbus eine scharf begrenzte, rote, elevierte, erodierte Infiltration. Während im Anfange die Lider frei waren, zeigte sich bei der Aufnahme der obere Lidrand derb, erodiert, starr. Die Hornhaut war intakt; es bestand starker Tränenfluß und Fremdkörpergefühl. Die Präaurikular- und Submaxillardrüsen waren in typischer Weise geschwollen, derb, indolent. Unter der Behandlung mit grauem Öl trat eine Roseola auf. Der Infektionsmodus war unbekannt.

4. Professionelle Perionychie bei Gemüseschälern, von J. Peyri. Die Patientin ist damit beschäftigt, für eine Musfabrik Erbsen und Bohnen zu schälen. Zwei Jahre nach Aufnahme dieser Arbeit traten Schmerzen in beiden Daumen auf. Schließlich erkrankten und ulzerierten die periungualen Partien. Bei der Aufnahme fanden sich die Endphalangen beider Daumen, des linken Mittelfingers, in geringerem Grade des

Digitized by Google

rechten Mittelfingers affiziert. Die Haut war gespannt, bläulichrot, auf Druck und spontan schmerzhaft. Durch Druck auf den periungualen Rand entleerte sich stellenweise etwas Flüssigkeit; an der Berührungsstelle mit der freien Nageloberfläche eine Kruste. Der freie Nagelrand fehlte; der Nagel war abgehoben, splitterte in Lamellen ab. Verfasser glaubt, daß diese Affektion mit der Beschäftigung der Patientin zusammenhängt. Er hat zwar in derselben Fabrik keinen gleichen Fall, aber Personen mit periungualen Alterationen und Nagelveränderungen der Daumen gesehen. Die Affektion dürfte durch das ständige Trauma und einen Parasiten entstehen.

5. Behandlung des Lupus tuberculosus mit einer Modifikation der Payr-schen Operation, von Sáinz de Aja. Verfasser umschneidet den Lupusherd halbkreisförmig und legt dann unter den Lappen eine dicke Schicht mit Perubalsam getränkter Jodoformgaze. Er hat auf diese Weise befriedigende Resultate bei Lupus gehabt. Die Payrsche Operation kommt besonders für Herde in Betracht, bei denen eine Totalexstirpation nicht möglich ist. Sie leistet wertvolle Dienste als Hilfsmittel oder in Kombination mit anderen Methoden. Sie bessert die lupösen Herde und bringt sie unter Verhältnisse, in denen sie durch andere Maßnahmen (Licht usw.) leichter beeinflußbar sind.

6. Jahrgang, Nr. 1 (Oktober bis November 1913).

1. Intravenöse Neosalvarsaninjektionen, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Verfasser empfiehlt, die früheren Methoden der Neosalvarsandarreichung durch die konzentrierten intravenösen Injektionen zu ersetzen. Diese sind viel einfacher herzustellen und kürzen die Injektionsdauer bedeutend ab. Ferner wird durch die Verminderung der Flüssigkeitsmenge die dem Herzen und den Nieren zugemutete Mehrarbeit bedeutend vermindert; auch der Blutdruck wird weniger gestört. Die Zahl und Intensität der Reaktionserscheinungen wird bedeutend herabgesetzt. Außerdem führen die konzentrierten Injektionen zu keinen Unzukömmlichkeiten, die bei diluierten vermieden würden. Hochkonzentrierte Lösungen (z. B. 0,9:1 ccm) sollen aber nur die anwenden, die die Technik der intravenösen Injektion vollständig beherrschen. In der allgemeinen Praxis sind 1%ige Lösungen zu empfehlen.

2. Syphilitischer Schanker des Nabels, von José S. Covisa. Die 23jährige Patientin kam wegen ausgedehnten Papeln am Genitale, Anus und im Munde zur Behandlung. Am Nabel, besonders auf dessen linker Seite, fand sich eine indurierte Erosion. Die Falten des Nabels waren beträchtlich geschwollen, so daß dieser die Form eines großen, fleischigen Knotens hatte, der nach rechts von einer halbmondförmigen Ulzeration begrenzt war. Die erodierte Oberfläche war dunkelrot, stellenweise hämorrhagisch, mit seropurulentem Belage bedeckt. Allgemeine Drüsenschwellung, besonders aber in den Leisten und der linken Achsel. Heilung durch Neosalvarsan.

3. Klinische Untersuchungen über die Urethritis posterior blennorrhagica, von E. Castañs. Eingehende Beobachtung von Blennorrhoe der hinteren Harnröhre führt den Verfasser zu folgenden Schlußsätzen: in 60% der Tripperfälle ist die Affektion der Urethra posterior zweifellos, in 20% ist sie nicht ganz sicher, in 20% fehlt sie; sie ist also beim Manne außerordentlich häufig. Die hintere Harnröhre wird meist in der 3—4 Woche nach der Infektion befallen. In 22% der Fälle mit sicherer Posterior bestanden keine klinischen Symptome; deshalb muß man in allen Tripperfällen, die älter als drei Wochen sind, nach der Erkrankung der hinteren Harnröhre forschen. Die Propagation des Trippers auf die Urethra posterior wird durch allzu heftige oder ungeschickt vorgenommene Behandlungsmethoden begünstigt. Soll nur die vordere Harnröhre gewaschen werden, darf der Irrigator höchstens einen Meter über dem Patienten hängen, da sonst leicht der Sphinkterwiderstand überwunden und die Pars posterior infiziert

Digitized by Google

werden kann. Da aber auch bei diesen Kautelen eine ausschließliche Waschung der vorderen Harnröhre schwierig ist, erscheint es besser, in allen akuten und subakuten Fällen von reiner Urethritis anterior keine Waschungen, sondern Injektionen zu verordnen.

4. Reinfectio syphilitica, von José S. Covisa. Verfasser berichtet über drei Beobachtungen: 1. Ein 19jähriger Patient kam am 25. Oktober 1910 wegen eines Primäraffektes rechts auf dem inneren Vorhautblatte zur Behandlung. Die Sklerose wurde durch heiße Luft zerstört; außerdem wurden in deren Umgebung Injektionen gemacht sowie eine intramuskuläre Salvarsaninjektion a 0,5 und sechs Wochen später eine intravenöse Infusion a 0,4 verabreicht. Am 24. November 1911 kam der Patient wieder mit einer Sklerose am inneren Vorhautblatte links, Drüsenschwellung, diskreter, generalisierter Roseola und nächtlichen Kopfschmerzen.

2. Der 18jährige Patient zeigte im März 1911 einen Primäraffekt mit positivem Spirochätenbefund und regionärer Drüsenschwellung; er erhielt im Laufe der Zeit intermittierend vier Salvarsaninjektionen zu 0,4 und 20 Injektionen zu 0.8 grauem Öl. Ende August 1912 hatte er eine Sklerose in der Kranzfurche und Drüsenschwellung; acht Tage später Kopfschmerzen und generalisierte Roseola.

3. 30jähriger Patient hatte im Mai 1912 eine Sklerose am rechten inneren Vorhautblatte und eine generalisierte Roseola. In intermittierender Weise erhielt er dreimal 0,4 Salvarsan und 30mal 0,1 graues Öl. Im November 1913 kam er mit einem hämorrhagischen Primäraffekte und einem makulo-papulösen Exanthem wieder.

Verfasser bespricht dann noch die Frage der Reinfektionen und kommt zu dem Schlusse, daß deren Vorkommen unbestreitbar sei. Es kommt vor allem darauf an, daß die erste Behandlung möglichst bald einsetzt und energisch durchgeführt wird.

5. Die Provokationsprobe bei Syphilis, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Verfasser bespricht die Frage der Reaktivierung der Wassermannschen Reaktion und kommt zu der Ansicht, daß diese Probe sehr wertvoll sei und in die allgemeine Praxis aufgenommen werden sollte. R. Frühwald-Leipzig.

Revista Dermatológica de la Sociedad Dermatológica Argentina.

5. Jahrg., Nr. 5 (1914.)

1. Araneidismus, von Baldomero Sommer und Nicolás V. Greco. Durch die Gifte, welche durch einen Spinnenstich in den Körper gelangen, werden Krankheitsbilder erzeugt, die man als Araneidismus bezeichnen kann. Die Kenntnis dieser Krankheiten ist beim Volke sehr verbreitet und auch den Ärzten sind sie schon lange bekannt; es ist aber erst in der letzten Zeit durch eingehende Bearbeitungen dieses Themas die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf diese Affektionen gelenkt worden. Es folgt dann eine Aufzählung der wichtigsten Literatur und dann der pathogenen Spinnen mit Anführung von Beispielen.

Die Krankheitsbilder, die durch den Spinnenstich hervorgerufen werden, sind verschiedentlicher Art; im allgemeinen kann man drei Formen unterscheiden. Die erste ist der Araneidismus cutaneo-ictero-haemolyticus. An der Stichstelle entsteht eine punktförmige Blutung, die sich mit einem roten Hofe umgibt; meist entstehen dann verschieden große Phlyktänen. Die Haut wird geschwollen, ödematös, rot, blaurot bis schwarz. Die Schwellung ist derb, schmerzhaft; die abführenden Lymphgefäße und -knoten werden ergriffen. Die befallene Stelle und die Umgebung zeigt Suffusionen. Schließlich bildet sich ein nekrotischer Schorf, der sehr langsam abgestoßen wird; das zurückbleibende Geschwür verheilt mit einer unregelmäßigen Narbe. Neben diesen lokalen treten allgemeine Erscheinungen gleich nach dem Stiche oder einige Stunden

Digitized by Google

später auf. Es erscheint Fieber bis 40°, Erbrechen, Durchfälle, Darmblutungen, Kopfschmerzen, Krämpfe. Es kommt zur Hämolyse und damit zur ikterischen Verfärbung der Haut und Schleimhäute. Die zweite Form, der exanthematische Araneidismus, beginnt wie die erste, doch manifestiert sich außerdem die Toxämie durch Haut- und Schleimhauteruptionen: diese erscheinen als multiformes, sowie als pruriginöses, skarlatiniformes Erythem. Die dritte Form ist die neuromyopathische. Bald nach dem Stiche entstehen von der Verletzung ausstrahlende Schmerzen, die den ganzen Körper ergreifen; dazu tritt eine allgemeine Schwäche, Atemnot, Zusammengeschnürtsein der Kehle, Zittern, Krämpfe, Kopfschmerzen, Schwindel, Leibschmerzen, Delirien und Halluzinationen. Es besteht meist Hypothermie und Oligurie, die sich bis zur Anurie steigern kann. Meist genesen die Kranken innerhalb weniger Tage, der Tod tritt selten ein.

Die Schwere des Prozesses hängt von verschiedenen Umständen, wie Alter des Kranken, Intensität des Stiches u. a. ab. Als bedrohliches Symptom wird das Auftreten alarmierender Allgemeinerscheinungen, das Fehlen eines Reaktionsringes um den Schorf und eine weiße, ödematöse, schlaffe Veränderung der Haut betrachtet. Der Tod kann fast sofort oder erst in einigen Tagen erfolgen. Differentialdiagnostisch kommen die Erkrankungen nach anderen Stichen (von Skorpionen usw.), ferner Erysipel, Milzbrand und einige Dermatosen, wie Erythema multiforme, in Betracht. Die Hauptsache ist, daß man im gegebenen Falle an die Möglichkeit eines Spinnenstiches denkt. Die Behandlung besteht in Abschnürung der gestochenen Stelle, Inzision und Kauterisation, Injektion von einigen Kubikzentimeter Kaliumpermanganat 1%, Kalziumhypochlorid 2% u. ä., Umschlägen mit Sublimat; durch diese Maßnahmen soll eine ständige Sekretion und dadurch Ausscheidung des Giftes bewirkt werden. Das bereits in den Kreislauf gelangte Gift wird durch Kochsalzinfusionen verdünnt. Ferner hat man für gute Funktion des Herzens und der Nieren zu sorgen.

2. Skorpionidismus. Solfugidismus (Galeodismus), von Baldomero Sommer und Nicolás V. Greco. Die Symptome der Vergiftung durch einen Skorpionenstich sind ähnlich denen der neuropathischen Form des Araneidismus: Schmerzhaftigkeit, Erregung und Krämpfe, Lähmungen. Lokal Schorfbildung.

Die Solifugen oder Galeoden sind Arthropoden, die zwischen Arachniden und Insekten stehen. Die Symptome sind ebenfalls analog dem neuromyopathischen Araneidismus.

3. Myriapodismus, von Baldomero Sommer und Nicolás V. Greco. Durch den Biß der Tausendfüßler entsteht ödematöse Infiltration, die anfänglich sehr stark ist; kommt es zur Schorfbildung, so ist diese oberflächlich und stößt sich bald ab. Der ganze Prozeß verläuft rascher und weniger stürmisch als nach Spinnenstichen. Von Allgemeinsymptomen wurden Schlaflosigkeit, Pulsbeschleunigung und -unregelmäßigkeit, Bläschen- und Quaddelbildung beobachtet.

4. Phthiriasis pubis durch Pediculi capitis, von Baldomero Sommer und Nicolás V. Greco. Der 38jährige Patient hatte an dem Schamhaaren zahlreiche Läuse und Nisse. Die genaue Untersuchung ergab, daß es sich um Kopfläuse handelte. Es ist noch kein analoger Fall beschrieben.

5. Maculae caeruleae durch Pulex irritans, von Baldomero Sommer und Nicolás V. Greco. Der 26jährige Patient zeigte an den Seiten des Thorax, auf der Brust, dem Rücken, Bauch, den Armen zahlreiche lentikuläre oder etwas größere Flecke. Die frischeren waren bläulichrot oder purpurfarben, die älteren schieferig-violett, die abblassenden blaßviolett mit einem weißlichen Hofe. Die frischen Effloreszenzen hatten einen kleinen Blutpunkt im Zentrum, wie bei einem Flohstich; die allerjüngsten boten überhaupt das Bild des Flohstiches. Die Verfasser dachten zuerst an Filzläuse, konnten diese Parasiten aber nicht finden; da aber Übergänge zwischen den blaugrauen Flecken

Digitized by Google

und den Flohstichen zu sehen waren, mußte angenommen werden, daß jene ausnahmsweise durch Flöhe bedingt seien. Verfasser ließen nun den Patienten an symmetrischen Stellen der Finger durch seine eigenen und durch fremde Flöhe beißen. Der Effekt war derselbe: es entwickelten sich Petechien mit einem rotbläulichen Hofe, der allmählich bläulich wurde und nach 48 Stunden verschwand. Derselbe Versuch fiel bei einem anderen Patienten negativ aus. Nunmehr inokulierten die Verfasser auf den ersten Kranken einen Glyzerinextrakt seiner eigenen und fremden Flöhe; um den Blutpunkt entstand ein schwacher bläulicher Saum. Bei einem anderen Kranken fiel derselbe Versuch negativ aus. Verfasser sind nun der Ansicht, daß bei dem Kranken besondere, unbekannte, Verhältnisse (vielleicht im Blute) vorlagen, die die Umwandlung des Flohstiches in einen blaugrauen Fleck bedingten.

6. Creeping disease (Larva migrans, Myasis linearis), von Baldomero Sommer und Nicolás V. Greco. Die Krankheit begann bei dem 3jährigen Mädchen an der linken inneren Oberschenkelfläche, zog sich von dort im Zickzack auf die Hinterbacke, die Flanke und dann auf den Oberschenkel. An den zuerst befallenen Stellen fand sich ein $^1/_2$—1 mm breiter, leicht elevierter, blaßroter, leicht bräunlich pigmentierter Streifen mit kleinen schwarzgrauen Krusten; im weiteren Verlaufe wurde er immer fricher rot und endigte in einer hellroten urtikariellen Effloreszenz.

7. Dermatitis parakeratotica parasitären Ursprungs (Scabies norvegica), von Antonino Ibarguren. Die 48jährige Patientin litt an einer heftig juckenden Hautaffektion, die hauptsächlich das Gesicht, die Hände und Füße befallen hatte. Die Haut war rot, verdickt, rauh, von dicken Hornkrusten bedeckt. Verfasser diagnostizierte Lichen ruber accuminatus. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich die Zeichen einer chronischen Entzündung und Krätzmilben und deren Fäkalien in Tunneln der Epidermis. Es lag also eine norwegische Krätze vor.

8. Ein Fall von Lymphadenomatosis cutanea aleucaemica, von N. Ragusin. Der $4^1/_2$jährige Knabe hatte auf der behaarten Kopfhaut, im Gesichte, am Halse, nur vereinzelt am übrigen Körper bis mandarinengroße, derbe, indolente, unbewegliche Tumoren. Das Blut zeigte aber keine wesentliche Alteration seiner Zusammensetzung.

9. Ulzero-serpiginöses Syphilid der Eichel, gegen 4,65 Neosalvarsan resistent, durch Quecksilber und Jod geheilt, von Pedro L. Baliña. Der Titel sagt das Wesentliche.

10. Beobachtung und Besprechung einer Varietät der syphilitischen Alopezie, von Pedro L. Baliña.

11. Knochensyphilis, von José A. Raices. Beschreibung zweier Fälle, bei denen Knochensequester chirurgisch entfernt wurden. Der eine Fall ist bemerkenswert, da bei ihm infolge einer syphilitischen Entzündung des rechten Kniegelenks die ganze Patella ausgestoßen worden war. Die Patientin konnte trotzdem ohne Störung gehen.

12. Enzephaloide Kopfhaut, von Eduardo Jonquières. Der 33jährige Patient hat die Mißbildung seiner Kopfhaut nur durch Zufall entdeckt. Es finden sich am Hinterkopf, vom Scheitel bis zur Nackenhaargrenze ziehend, longitudinale Furchen, nur eine transversale. Sie sind bogenförmig gekrümmt, 6—7 mm tief, teilen sich teilweise am Ende. Die Haut ist sowohl in den Furchen, wie auf den dazwischenliegenden Wülsten in normaler Weise von Haaren bedeckt. Die Kopfhaut ist völlig frei beweglich.

13. Über die großblättrige Desquamation der Neugeborenen, von Rogelio d'Ovidio. Genaue Beschreibung eines Falles. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

14. Prostitution und Geschlechtskrankheiten, von Angel M. Gimenez. Der rasche Aufschwung von Buenos Aires hat auch eine Zunahme der Prostitution und damit der Geschlechtskrankheiten mit sich gebracht. Um diesen Übelständen zu steuern,

Digitized by Google

sind gesetzliche Maßnahmen erforderlich, für die Verfasser einen Vorschlag ausgearbeitet hat. Seine Forderungen sind im wesentlichen: Verbot der Bordelle und Animierkneipen, unentgeltliche und erleichterte Behandlung Geschlechtskranker, Aufnahme der Geschlechtskrankheiten in die Krankenversicherung, weitere Verbreitung der sexuellen Hygiene, Verbesserung der sozialen Lage der arbeitenden Klasse, Bestrafung der sexuellen Infektion, Verbot des Mädchenhandels.

15. Prophylaxe der Syphilis, von Baldomero Sommer und Nicolás V. Greco. Nicht jedes syphilitische Individuum ist an und für sich ansteckend; es ist notwendig, daß es irgendwo auf der Haut oder Schleimhaut eine offene Stelle habe, durch die das Virus austreten kann. Ebenso muß das gesunde Individuum eine offene Eintrittspforte für die Spirochäten haben. Schließlich erhöht noch der Mangel an Behandlung die Infektionsgefahr. Aus diesen drei Hauptgesichtspunkten heraus ergeben sich dann die ausführlichen prophylaktischen Maßnahmen für die Syphilitiker und ihre Umgebung.

16. Prophylaxe der Lepra, von C. Malbran. Gesetzesvorschlag, zu kurzem Referate nicht geeignet.

17. Hygiene der Haut und der behaarten Kopfhaut in der Schule, von Julio V. Uribúrú. Verfasser bespricht zuerst die Aufmerksamkeit, die der Lehrer der Hautpflege seiner Schüler widmen muß und geht dann näher auf die für die Schulhygiene wichtigsten Krankheiten ein. Er bespricht Strepto- und Staphylodermien, Pedikulosis, Krätze und die Mykosen. Namentlich die letzteren behandelt er sehr eingehend und fordert, daß ihnen von seiten der Schule größte Aufmerksamkeit zugewendet werde. Jedes trichophytiekranke Kind müßte angezeigt und isoliert werden. Ferner müßte reichlich Gelegenheit zur Röntgenbehandlung der Mykosen gegeben werden.

18. Ein Fall von Hautsporotrichose, von Neocle Ragusin und Juan Barillatti. Bei dem 58 jährigen Arbeiter waren vor etwa vier Monaten Tumoren an den Handflächen aufgetreten, die ulzerierten und reichlich Eiter entleerten. Später erschienen auf dem rechten Handrücken und rechten Unterarm entzündliche Knoten, die sich vergrößerten und vermehrten und schließlich auch auf dem linken Handrücken. Bei der Aufnahme fand sich rechts eine Reihe entzündlicher Tumoren, die in einer Linie zwischen der Mitte des Handrückens und der Epitrochlea lagen. Der größte Knoten ist mandarinengroß. Außerdem finden sich Tumoren auf dem linken Handrücken und auf den Handflächen. Einige sind ulzeriert; die Ulzerationen sind kreisförmig, von einem roten Hofe umgeben, schmerzhaft, von fötiden, grünlichen, nekrotischen Massen bedeckt. Einige der Geschwüre sind kraterförmig mit unregelmäßigem Rande. Die Diagnose schwankte zwischen Syphilis, Tuberkulose und Sporotrichose. Die Kultur entschied für letztere. Heilung durch Jod.

19. Vitale Färbung des Treponema pallidum; biologische Schlußfolgerungen, von German Anschütz. Aus seiner ausführlichen Arbeit zieht Verfasser folgende Schlüsse: die vitale Färbung ist ein einfaches diagnostisches Hilfsmittel bei Syphilis; sie kann nicht nur mit basischen Farben, sondern auch mit sauren, z. B. mit Eosin, vorgenommen werden. Sie gestattet besser als das Dunkelfeldverfahren die Erkennung von Struktureinzelheiten, von Entwicklungsvorgängen, wie Teilung, und von Jugendformen. Namentlich letztere werden im Dunkelfeld nicht gesehen, so daß die irrige Anschauung entstand, die Spirochaeta pallida sei nur ein Stadium im Entwicklungszyklus eines Protozoen. Auf Grund seiner Befunde (Teilung) glaubt aber Verfasser, daß die Ansicht Schaudinns, die Spirochaeta pallida gehöre in die Familie der Trypanosomen, richtig sei.

20. Salvarsan und Charlatanerie, von Carlos Alberto Bancalari. Verfasser nimmt Stellung gegen die übertriebene Anpreisung des Heilwertes von Salvarsan und Neosalvarsan. Die Akten über diese Mittel sind noch nicht geschlossen; während dieser Zeit darf das Quecksilber nicht beiseite gesetzt werden. R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Die Behandlung der Geschwülste nach dem gegenwärtigen Stande und den Ergebnissen der experimentellen Forschung, von Hermann Simon-Breslau. (Berlin 1914, Julius Springer.) Die letzten Jahre haben auf dem Gebiete der Geschwulsttherapie eine Reihe von teils neuen, teils erneuten therapeutischen Versuchen gezeitigt, denen gegenüber das tatsächlich Erreichte leider doch noch sehr gering angesehen werden muß. Bei der Anteilnahme, die alle ärztlichen und auch anderen Kreise diesem Probleme entgegenbringen, war es notwendig, die an vielen Stellen zerstreuten Mitteilungen zu sammeln und sie nach einheitlichen Gesichtspunkten geordnet, einmal zur Darstellung zu bringen. Und da es dabei vorzüglich auf fleißige, objektive Darstellung ankommt, so ist schon aus diesem Grunde die Arbeit des Verfassers erfreut zu begrüßen. Wenn daneben eine flotte und anregende Schreibweise die Lektüre angenehm macht, so ist damit zum Lobe des Buches genug geschehen. Aber auch inhaltlich steht die Arbeit auf der Höhe.

Nach einer einleitenden Darstellung des derzeitigen Standes der experimentellen Krebsforschung, erörtert S. die nicht operative Behandlung der Geschwülste durch Bakteriotherapie, Serotherapie, Immunisierung, durch Chemotherapie, durch physikalische und sonstige Behandlungsmethoden, als da sind pharmakologische Mittel, Organotherapie, Ferment- und Antifermenttherapie, sowie durch Zirkulationsstörung.

Wenn Verfasser dann als Ergebnis seiner Arbeit in der Chemotherapie, soweit sie von der Blutbahn angreift und in den Immunisierungsversuchen, die eine Zustandsänderung des ganzen Körpers anregen, die aussichtsreichste Behandlung für die Zukunft ersieht, so kann man ihm darin beipflichten, darf aber nicht vergessen, daß zurzeit noch immer die frühzeitige Diagnose und radikale chirurgische Therapie die Methode der Wahl sein muß. O. Gans-Freiburg i. B.

Die Insolation, von W. Dubreuilh. (Imprimerie Moderne, Bordeaux 1914.) Die Sonnenstrahlen haben neben ihrer segensreichen, lebenspendenden Wirkung auch schädliche Eigenschaften. Am bekanntesten ist der sogenannte Sonnenbrand, der nach einer einmaligen intensiven Besonnung entsteht; er besteht in einem Erythem, in stärkeren Fällen in Blasenbildung, Erscheinungen, welche in kurzer Zeit abklingen und mit Pigmentierung, aber ohne sonstige Nachteile verschwinden. Die Ursache dieser Erscheinungen liegt in den chemisch wirksamen ultravioletten Strahlen, nicht in den Wärmestrahlen. Im Gebirge werden die letzteren vom Schnee absorbiert, die ersteren fast völlig reflektiert, so daß die Hautentzündung viel heftiger ist. Nicht so harmlos wie die akute ist die chronische Insolation. Diese bewirkt das als senile Keratose bekannte Krankheitsbild, das man bisher für eine reine Alterserscheinung angesehen hat. Die Haut ist schlaff, dünn, gefältelt, von weißen Flecken und von Gefäßerweiterungen durchzogen; endlich finden sich kleine, adhärente Hornmassen, die als Greisenwarzen bekannt sind und leicht zu Epitheliomen werden können. Verfasser ist überzeugt, daß diese Erscheinungen durch die chronische Sonnenbestrahlung bedingt sind; er stützt sich darauf, daß sie nur an den der Sonne ausgesetzten Körperteilen entstehen, und an diesen wieder nur an den am meisten bestrahlten Partien. Ferner findet man die Greisenwarzen häufiger bei Landbewohnern, als bei Städtern; bei Frauen entstehen sie nicht an den vom Kopftuche bedeckten Stellen.

Verfasser zieht schließlich einen Vergleich zwischen den Wirkungen der Wärmestrahlen, chemischen Strahlen und Röntgenstrahlen. Alle drei Strahlenarten rufen

Digitized by Google

ähnliche, akute oder chronische Erscheinungen hervor; es zeigt sich aber, daß mit der Abnahme der Wellenlänge die Schwere und die Latenzzeit der Symptome zunimmt. Die Wärmestrahlen rufen die leichtesten Erscheinungen in der kürzesten Zeit hervor, die Röntgenstrahlen die schwersten nach langer Zeit. Verfasser glaubt, daß die zahlreichen Strahlungen, denen der Mensch ausgesetzt ist, eine gewisse Rolle bei ätiologisch unklaren Krankheiten spielen. R. Frühwald-Leipzig.

Der Salvarsantod. Seine Ursache und seine Verhütung. Intravenöse oder intramuskuläre Salvarsaninjektion, von Carl Schindler-Berlin. (Berlin 1914, S. Karger.) Wer Gelegenheit nahm, die Aussprache über das Salvarsan zu verfolgen, die in der Berliner medizinischen Gesellschaft im Anschluß an das Referat Lessers über „Die Fortschritte der Syphilisbehandlung" stattgefunden hatte, der wird über diese Tendenzschrift Schindlers nicht erstaunt sein.

Über die Vorteile und Nachteile des Schindlerschen Präparates „Joha" zu urteilen, steht einem Referat nicht an. Der Versuch jedoch, eine Reihe von Todesfällen, welche nach intravenöser Salvarsanbehandlung eingetreten sind, nun zusammenzustellen und im Sinne einer Propaganda für die intramuskuläre Therapie und zwar wohlverstanden intramuskuläre Therapie mit Verwendung des Salvarsans in öliger Verreibung i. e. „Joha" zu verwerten, erscheint uns einmal nicht angängig und zum anderen können wir ihn nicht einmal als gelungen bezeichnen. Alles in allem: ein Studium der Schindlerschen Arbeit können wir nicht empfehlen. Über die Wirkungen und Nebenwirkungen des Salvarsans in jeglicher Form und Applikationsweise sind wir von anderer Seite wohl unterrichtet und bei Durchsicht der Schindlerschen Begründung seiner Vorliebe für intramuskuläre Injektion öliger Verreibungen des Salvarsans merkt man die Absicht und man wird verstimmt. O. Gans-Freiburg i. Br.

Der Tripper, laienverständlich dargestellt von Orlowski-Berlin. (Kurt Kabitzsch, Würzburg 1914.) Vor sieben Jahren erschien die erste Auflage dieses Werkchens; sie sollte, wie Verfasser in der jetzigen Vorrede ausführt, dem Laien die wissenswerten Tatsachen vermitteln, die der intelligente Patient wissen will, die aber in der Sprechstunde nicht kurz und präzis vom Arzte erklärt werden können. Diesen Standpunkt konnte Verfasser bei der vorliegenden Auflage nicht mehr einnehmen, da jeder Arzt andere Ansichten über Tripper und seine Behandlung habe. So hat er versucht, ohne eine eingehende Umarbeitung vornehmen zu können, die Arbeit als Wegweiser „in dem Labyrinth widersprechender Ansichten und Handlungen der Ärzte" herauszugeben. In einzelnen Kapiteln bespricht Verfasser die wissenswerten Tatsachen über den Tripper; da er hierbei nur bekanntes bringt, erübrigt sich hier ein eingehendes Referat. Die Absicht des Verfassers ist entschieden zu begrüßen und wird durch die Einteilung auch wohl erreicht. Den bei der Besprechung der ersten Auflage in dieser Zeitschrift erhobenen Vorwurf, daß die Abhandlung zu umfangreich sei, muß ich aber hier wiederholen; es sind entschieden eine Reihe von Punkten, die für den Laien weniger wissenswert sind, zu ausführlich behandelt. R. Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Klinische und experimentelle Erfahrungen bei Salvarsaninjektionen in das Zentralnervensystem, von W. Weygandt, A. Jakob und V. Kafka-Hamburg-Friedrichsberg. (M. m. W., 1914, Nr. 29.) Nach der Methode von Gennerich haben Ver-

Digitized by Google

fasser 25 Patienten mittels intraspinaler Injektionen von Neosalvarsan behandelt, wobei sie im ganzen 57 Dosen verabreichten. Ohne irgendwie endgültige Schlüsse ziehen zu wollen, konstatieren sie, daß in einzelnen Fällen eine ganz frappante Besserung eintrat und bei anderen eine kleine Wendung zum guten sich einstellte, während bei einigen eher eine Verschlechterung erzeugt zu sein schien. Im allgemeinen aber waren die schädlichen Nebenwirkungen nicht sehr erheblich. Um sich über die bei der intralumbalen Injektion des Neosalvarsans etwa entstehenden histologischen Schädigungen zu informieren, haben Verfasser ferner bei 5 Affen relativ sehr hohe Dosen des Mittels verabreicht. Sie fanden dabei ausgesprochene Reizwirkungen am Endothel der Dura, an den austretenden Nervenbündeln und am Endothel der Gefäße; auch war gelegentlich das nervöse Parenchym des Zentralnervensystems affiziert, wie an einer Reihe von Abbildungen dargelegt wird. Ferner wurde eine gleiche Neosalvarsanlösung (2 ccm einer Lösung von 0,15 in 100) subdural und intrazerebral ins rechte Stirnhirn bei 2 Affen injiziert. Auch hierbei ergab sich anatomisch das Bild einer recht intensiven Reizung, während Versuche mit ganz kleinen Dosen an 2 anderen Tieren bei der Sektion durchaus keine Reizerscheinungen nachweisen ließen. Es ist also anzunehmen, daß etwaige beim Menschen nach der endolumbalen Einführung von Neosalvarsan auftretende Schädigungen lediglich auf der Verabreichung einer zu hohen Dosis beruhen. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Technik der endolumbalen Salvarsanbehandlung, von Gennerich-Kiel. (M. m. W., 1914, Nr. 15.) Nach Gennerichs Erfahrungen bietet die endolumbale Einverleibung von Salvarsanpräparaten sehr erhebliche Vorteile, aber in erster Linie kommt es noch darauf an, festzustellen, bis zu welcher Höhe man ohne Nachteil die Dosis steigern kann. Nach anfänglicher Verabreichung größerer Mengen ist er jetzt auf eine Verdünnung von 0,15 Neosalvarsan auf 300 ccm physiologischer Kochsalzlösung herabgegangen und injiziert hiervon 4—6 ccm nebst 12—15 ccm Liquor in der von ihm schon früher beschriebenen Weise. Die von v. Schubert angegebene Verwendung von Liquor als Lösungsmittel für das Salz empfiehlt Gennerich auch als in vieler Hinsicht zweckmäßig. Sehr wichtig ist es, die Patienten nach der Lumbalpunktion volle zwei Tage horizontal liegen zu lassen, um ein Offenbleiben der Punktionsöffnung des Lumbalsackes zu vermeiden. A. Philippi-Salzschlirf.

Die intralumbale Injektion von Salvarsanserum, von G. W. Spencer-Bristol. (Lanc., 30. Mai 1914.) Die Erfahrungen, welche Verfasser mit dieser zuerst von Swift angebahnten Methode bei zwölf Fällen gesammelt hat, ermuntern entschieden zu weiteren Versuchen. Es wurden behandelt sieben Fälle von Tabes dorsalis und fünf von Sklerose mit interstitiellen Läsionen am Rückenmark. Bei der letzteren Gruppe waren die Resultate allerdings wenig ausgesprochen, aber bei der ersteren wurde eine unbestreitbare Besserung erzielt. Namentlich fiel die nach anfänglicher, während 36—48 Stunden bestehender Verschlimmerung der lanzinierenden Schmerzen eintretende Schmerzfreiheit auf, die wenigstens mehrere Monate anhielt. Auch die Ataxie und die sensorische Leitung wiesen Besserung auf. Die Entnahme des Serums erfolgte 24 Stunden nach der intravenösen Verabreichung von 0,75 Neosalvarsan; man ließ das Blut nur 1 bis 2 Stunden stehen, entfernte dann das Gerinnsel, zentrifugierte und injizierte etwa 30 ccm Serum in der üblichen Weise. Es wurden auch Untersuchungen auf das Vorhandensein von Arsenik im Blut, Urin und der Zerebrospinalflüssigkeit einiger der so behandelten Patienten angestellt mit einem gelegentlich positiven Resultat in bezug auf das Blut und den Urin. A. Philippi-Salzschlirf.

Salvarsanserum, von A. Stühmer-Breslau. (M. m. W., 1914, Nr. 14.) Die bekannten Beobachtungen von Swift und Ellis über die therapeutische Wirksamkeit des Serums von Menschen (und Tieren), denen Salvarsan einverleibt wurde, haben Verfasser

Digitized by Google

veranlaßt, den Fragen näher zu treten, wie lange nach der Einspritzung ein derartiges Serum heilwirksam bleibe, und wodurch seine Heilkraft bedingt werde. Aus einer Reihe von Tierversuchen mit Kaninchen und Mäusen, sowie aus Untersuchungen in vitro ergaben sich hauptsächlich folgende Resultate: Nach einer einmaligen intravenösen Injektion von Salvarsan sind bei relativ hoher Dosis sowohl chemisch (Ehrlich-Bertheim-sche Reaktion) wie biologisch (Schutz- und Heilversuche an Trypanosomenmäusen) noch nach sieben Tagen wirksame Stoffe im Blutserum nachweisbar. Der absoluten Menge nach kann es sich dabei unmöglich lediglich um Reste von intaktem Salvarsan handeln, vielmehr scheinen Oxydationsprodukte hierbei eine bedeutende Rolle zu spielen. Ob daneben noch biologische Schutzstoffe in Betracht kommen, konnte Verfasser bisher nicht sicher ergründen. A. Philippi-Salzschlirf.

Salvarsanserum, von A. Stühmer-Breslau. (M. m. W., 1914, Nr. 20.) „Die Arbeit trägt den Untertitel: Vergleichende Versuche mit Altsalvarsan und Neosalvarsan, intravenöser und intramuskulärer Applikation, Joha" und ist die zweite Mitteilung des Verfassers über experimentelle Versuche zur Bestimmung der Heilwirkung des Serums von Kaninchen, denen die genannten Mittel einverleibt waren. Die Heilwirkung des so gewonnenen Kaninchenserums wurde an Mäusen, welche mit Trypanosomen infiziert waren, und auch in vitro mit einer Aufschwemmung von Trypanosomen in Mäuseblut geprüft. Das Serum wurde den Tieren je nach einer Stunde, fünf Stunden, ein Tag, zwei Tagen usw. bis zum siebenten Tage entnommen. Das am ersten Tag entnommene Serum bei Altsalvarsan und Neosalvarsan ergab sowohl für die intravenöse als auch für die intramuskuläre Applikationsweise einen absoluten Schutz gegen die Trypanosomeninfektion; aber diese Schutzwirkung war am zweiten Tage schon ganz erheblich vermindert und mit dem vierten bis fünften Tage vollständig erloschen. Die mit Joha behandelten Kaninchen ließen keine Schutzkraft ihres Serums erkennen, wofür Verfasser bei den klinischen günstigen Erfolgen des Mittels keine ganz befriedigende Erklärung beibringen kann. A. Philippi-Salzschlirf.

Studien über die Nekrose nach intramuskulären Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan, von H. E. Robertson-Minneapolis. (J. Am. m. Assoc., 8. November 1913.) Daß nach intramuskulären Injektionen von Salvarsan Nekrosen auftreten, ist seit langem bekannt. Verfasser beabsichtigte, die Art dieser Nekrosen genauer festzustellen und untersuchte daher 1. die Wirkung des Salvarsans auf die Muskeln von Tieren im Vergleich mit der auf die menschlichen Muskeln, 2. die Wirkungen des Salvarsans verglichen mit denen des Neosalvarsans, 3. die Wirkungen dieser beiden Arzneimittel auf die Muskeln verglichen mit denen der bei der Therapie der Syphilis häufiger zu intramuskulären Injektionen gebrauchten Hg-Präparate. Die Schlußsätze des Verfassers lauten: Intramuskuläre Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan verursachen gleichmäßig schwere destruktive Veränderungen, die immer langsam heilen und häufig durch Hämorrhagien und Abszesse kompliziert sind. Salvarsan und Neosalvarsan verhalten sich hierin im großen ganzen gleichmäßig. Salvarsan hinterläßt stets ein unlösliches, als Fremdkörper wirkendes Pigment. Quecksilberpräparate wirken bei intramuskulärer Anwendung in ähnlicher Weise. Tiere und Menschen verhalten sich in bezug auf die durch die Injektionen gesetzten Veränderungen in jeder Beziehung ganz ähnlich. Der Gebrauch von solchen Arzneimitteln in der beschriebenen Weise bedeutet in der Mehrzahl der Fälle sicherlich ein unverantwortliches Vorgehen. H. Fendt-Wiesbaden.

Über den „Wasserfehler", von Rudolf Matzenauer und Max Hesse-Graz. (W. kl. W., 1914, Nr. 13.) Aus den Versuchen der Verfasser, die in erster Linie festzustellen suchten, welchen Gehalt an Bakterien die Infusionsflüssigkeit haben müsse, um regelmäßig oder doch auffallend häufig toxische Reaktionen auszulösen, geht hervor, daß

Digitized by Google

ein gut hergestelltes destilliertes Wasser, das verschlossen aufbewahrt wird, ohne Schaden nach Tagen, ja nach Wochen verwendet werden kann, und daß abgetötete Keime bis zu 1700000 in 1 ccm reaktionslos vertragen werden. Schon daraus geht hervor, daß, wenn andere Möglichkeiten, die durch Nachlässigkeit oder Mangel an Erfahrung entstehen können, ausgeschaltet sind, die Reaktionen nach Salvarsaninjektion durch das Salvarsan selbst hervorgerufen werden, insofern die Salvarsandosis eine absolut zu große ist oder eine relativ zu große, da eine individuelle Disposition gegenüber dem Salvarsan, wie gegenüber den meisten Medikamenten angenommen werden muß.

W. Lehmann-Stettin.

Über die Hirndruckerhöhung bei Lues nach Salvarsan, von B. Spiethoff-Jena. (M. m. W., 1913, Nr. 22.) Die Beobachtungen, welche Spiethoff an einem allerdings nur kleinen Material ausgeführt hat, weisen darauf hin, daß das Salvarsan tatsächlich eine in gleicher Weise der Lues sonst nicht eigene Steigerung des Druckes im Zerebrospinalkanal auslöst und zwar nicht nur im sekundären und späteren Stadium, sondern auch schon in der Frühperiode. Bei manchen Fällen erreicht diese Zunahme recht erhebliche Höhen, in anderen bleibt sie innerhalb normaler Grenzen. Mag nun diese Erscheinung als direkte chemische Wirkung des Mittels zu deuten sein, mag sie etwa mit einer vermehrten Toxinwirkung als Folge von Spirochätenzerfall zusammenhängen, jedenfalls ist mit der Möglichkeit einer schädigenden Druckerhöhung bei Verwendung dieses so eminent wirksamen Mittels zu rechnen. A. Philippi-Salzschlirf.

Überleitungsstörung im Verlauf der Salvarsanbehandlung bei einem Patienten mit später Sekundärlues, von H. Fuchs-Basel. (M. m. W., 1913, Nr. 42.) Bei einem 39 jährigen verheirateten Maler, Vater von zwei gesunden Kindern, der sich angeblich 18 Jahre zuvor infiziert hatte, fanden sich bei der Aufnahme in die Klinik Plaques an der Unterlippe, Iridozyklitis und periostitische Schwellungen an den Händen und Füßen. Es wurden Salvarsaninjektionen gegeben, welche zunächst gut vertragen wurden; nach der fünften Einspritzung jedoch trat neben einer erheblichen Verlangsamung der Herzaktion auf 40 Schläge in der Minute eine deutliche Venenpulsation in der Fossa supraclavicularis hervor mit einem von demjenigen des Radialpulses ganz verschiedenen Rhythmus. Das daraufhin aufgenommene Elektrokardiogramm bestätigte die Diagnose der vollständigen Dissoziation; die Vorhofsschwankungen waren in bezug auf Zahl und Zeit von den Ventrikelschwankungen vollständig unabhängig. An subjektiven Beschwerden wurden Herzklopfen und Beklemmungsgefühl angegeben. Im Laufe von etwa acht Tagen gingen die Erscheinungen zurück, und eine späterhin verabreichte Injektion von Salvarsan (0,5) wurde reaktionslos vertragen. Verfasser nimmt zur Erklärung des bemerkenswerten Vorkommnisses an, daß ein Spirochätenherd wohl im Hisschen Bündel bestanden haben mag und bei seiner Auflösung Reaktionserscheinungen bewirkte in analoger Weise wie die Jarisch-Herxheimersche Reaktion. A. Philippi-Salzschlirf.

Über die Jarisch-Herxheimersche Reaktion der Gummata auf die Salvarsanbehandlung, von A. Hitrowo. (Zschr. f. Chemother., 1913, Bd. 2, H. 1.) Verfasser beobachtete in drei Fällen gummöser Lues 1—2 Tage nach intramuskulärer Darreichung von Salvarsan stürmische Reaktionen, die in starker Rötung und Schwellung der Gummaränder, sowie in schnellem Zerfall der gummösen Massen bestanden.

O. Valentiner-Leipzig.

Herxheimersche Reaktion mit lymphangitischer Form, von Dufour. (Soc. m. d. hôp., 28. November 1913.) Ein 26 jähriger Mann mit Initialsklerose erhielt in wöchentlichen Abständen vier Injektionen von Neosalvarsan. Der Schanker war vernarbt und die Behandlung seit mehreren Tagen beendet, als einige Papeln auftraten. Man nahm eine neue Neosalvarsaninjektion von 0,3 vor, die in der Nacht von Schüttelfrost, Fieber

Digitized by Google

und Kopfschmerzen gefolgt war. Zugleich fingen die Papeln an, zu jucken und zu brennen. Tags darauf war jede Papel turgeszent und von einem entzündlichen schmerzhaften Hof umgeben, von welchem lymphangitische Streifen ausgingen mit Schwellung der zugehörigen Drüsen. Jede Therapie wurde darauf unterlassen und in wenigen Tagen waren die entzündlichen Symptome geschwunden. A. Gunsett-Straßburg.

Herxheimersche Reaktion von lymphangitischem Typus, von Dufour und Thiers. (Bull. méd., 1913, Nr. 95.) Ein 26jähriger Mann erhielt wegen eines Primäraffektes vier Neosalvarsaninjektionen in achttägigen Intervallen; bald nach der letzten erschien ein Exanthem, weswegen nochmals 0,3 injiziert wurden. Am Abend trat Schüttelfrost und Kopfschmerzen sowie Jucken und Brennen an den Effloreszenzen auf. Am folgenden Tage sah man jede Papel turgeszent von einem entzündlichen, druckschmerzhaften Hofe umgeben; von dort aus zogen sich lymphangitische Streifen zu den regionären Lymphdrüsen, die geschwollen und dolent waren. Nach vier Tagen waren die Erscheinungen verschwunden; Verfasser beziehen sie auf eine Herxheimersche Reaktion. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Toxizität des Salvarsans, von Alter-Lindenhaus. (M. m. W., 1914, Nr. 14.) Verfasser wendet gegen die von Pürckhauer und Mauss in ihrem Bericht über einen nach Neosalvarsandarreichung tödlich verlaufenen Fall (M. m. W., 1914, Nr. 8) vertretene Auffassung ein, daß die Begründung der Diagnose Arsenvergiftung mit Polyneuritis und Korsakowschem Syndrom in mancher Beziehung lückenhaft sei. Es könne sich bei dem betreffenden Fall sehr wohl um eine ungünstige Beeinflussung von metaluetischen Prozessen gehandelt haben, wie dies auch bei Hg-Behandlung schon wiederholt vorgekommen ist, und es ihm zur Regel gemacht hat, solche Fälle nur mit sehr vorsichtigen Dosen und nur nach Ausführung der Lumbalpunktion zu behandeln.
A. Philippi-Salzschlirf.

Über einen Fall von Netzhautblutungen nach Kalomel-Salvarsanbehandlung, von F. Morpurgo-Triest. (M. m. W., 1914, Nr. 12.) Ein 24jähriger Kellner erhielt wegen frisch akquirierten Primärsyphilids nach einer einleitenden Kalomeleinspritzung 0,6 Neosalvarsan und in den nächsten Tagen noch 2 Kalomeleinspritzungen zu 0,05 und 0,10. Es trat fünf Tage nach der letzten Einspritzung ein scharlachartiges Exanthem mit Fieber bis 39,2° auf, und einige Tage später zeigten sich Hämorrhagien an der Mundschleimhaut und subkutan nebst Epistaxis und späterhin Hämaturie. Etwa fünf Wochen nach der Neosalvarsaninjektion wurde über Sehstörungen geklagt, und es fanden sich an der Retina beiderseits Hämorrhagien. Diese besserten sich im Laufe der Behandlung, waren aber noch nicht vollständig beseitigt, als Patient sich der weiteren Beobachtung entzog. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Salvarsantodesfälle und ihre Ursachen mit Berücksichtigung der Salvarsanschäden, von A. Schmitt-Nürnberg. (M. m. W., 1914, Nr. 24 u. 25.) In einer kürzlich erschienenen Broschüre hat V. Mentberger schwere Anklagen gegen das Salvarsan erhoben und eine Serie von 274 Beobachtungen, welche er als Salvarsantodesfälle bezeichnet, zusammengestellt. Verfasser zeigt, daß von dieser Zahl sicherlich 102 abzuziehen sind. Einige (7) Fälle sind doppelt geführt, bei anderen (35) fehlen die allernotwendigsten Einzelheiten, einer der Fälle war gar nicht mit Salvarsan, sondern mit dem Präparate Mouneyrat behandelt worden, und bei 61 Fällen wird jeder vorurteilsfreier Beobachter zugeben, daß der Exitus letalis sicherlich nicht dem Salvarsan, sondern der Schwere der Erkrankung, so namentlich bei hereditär syphilitischen Kindern, zuzuschreiben war. Es bleiben allerdings immerhin 172 Fälle, welche man als Salvarsanvergiftungen zu deuten hat. An einer umfassenden Darlegung der bezüglichen Publikationen schildert Verfasser die an den einzelnen Körperorganen auftretenden Er-

Digitized by Google

scheinungen der Salvarsanschädigung und fordert zu Vorsicht beim Gebrauch des Mittels auf. Man soll die Injektionen nicht in kürzeren als achttägigen Intervallen geben und bei kräftigen Männern nicht mehr als 0,4—0,5, bei Frauen 0,3—0,4 Salvarsan verabreichen. A. Philippi-Salzschlirf.

Kritische Bemerkungen zur Pathogenese eines „Salvarsantodesfalles", von W. Wechselmann. (M. m. W., 1914, Nr. 34.) Vor kurzem hatte Frühwald über einen in der Rilleschen Klinik vorgekommenen tödlich verlaufenen Fall (M. Kl., 1914, Nr. 25) von Syphilis unter Salvarsanbehandlung berichtet, wobei er den unglücklichen Ausgang als kaum vermeidlich und durch eine klinisch nicht erkennbare, besondere Empfindlichkeit gegen Arsenpräparate bezeichnete. Es handelte sich um ein im sechsten Monat der Schwangerschaft befindliches, frisch syphilitisches Mädchen, das binnen fünf Tagen zweimal eine Injektion von 0,75 Neosalvarsan erhielt. Sie starb zwei Tage nach der zweiten Injektion unter dem Bilde der Encephalitis haemorrhagica. W. wendet gegen den F.schen Standpunkt ein, daß in dem Bericht der zuverlässige Nachweis des Fehlens einer sogar wahrscheinlich vorhandenen Schwangerschaftsnephritis fehlt. Man dürfe nie eine Schwangere mit Salvarsan behandeln, ohne vorher durch Feststellung der ausgeschiedenen Urinmenge und durch Ausführung der Funktionsprüfung durch Milchzucker nach Schlager sich Sicherheit verschafft zu haben. Auch sei die Dosis von 0,75 bei einer Schwangeren zu hoch gegriffen; bei einer solchen solle man mit ganz kleinen Dosen, etwa 0,15, anfangen und kaum über 0,45 hinausgehen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Erfahrungen mit Salvarsan und Neosalvarsan in zweiundeinhalb Jahren, von William Thomas Corlett-Cleveland. (J. Am. m. Assoc., 20. Sept. 1913.) Verfasser ist mit der Anwendung von Salvarsan und Neosalvarsan in der Syphilistherapie im allgemeinen zufrieden und sein Bericht stimmt im großen ganzen mit den Erfahrungen der Mehrzahl der deutschen Verfasser überein; auch er bevorzugt die Kombinationstherapie, d. h. Salvarsan zusammen mit der Quecksilberkur.

H. Fendt-Wiesbaden.

Resultate der Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Neosalvarsan, von S. H. Wadhams und E. C. Hill. (M. Record, 29. Nov. 1913.) Die an einem reichlichen Saldatenmaterial, das dauernd kontrolliert und beobachtet werden konnte, gemachten Erfahrungen der Verfasser sprechen nicht sehr zugunsten einer Dauerwirkung des Salvarsans. Verfasser sprechen direkt aus, daß sie dem Salvarsan und Neosalvarsan, auch in vollen Dosen keine Heilung der Syphilis zusprechen können. So wertvoll die symptomatische Wirkung des Salvarsans ist, und so wichtig der Besitz dieser Mittel, besonders bei Patienten, die Quecksilber nicht vertragen können, so sollte doch kein Patient, auch wenn er mit häufigen Injektionen behandelt worden ist, sich als geheilt betrachten, wenn nicht der Wassermann dauernd, wenigstens ein Jahr oder länger kontrolliert worden ist. Die Verfasser legen Wert darauf, daß bei Vornahme des Wassermann der Patient wenigstens 48 Stunden lang seinem Körper keinen Alkohol zugeführt hat. W. Lehmann-Stettin.

Wirkung von Salvarsan und Neosalvarsan bei Syphilis und Tuberkulose, von Jeanselme, Vernes und Marcel Bloch. (Bull. méd., 1914, Nr. 16.) War die Syphilis mit Tuberkulose kompliziert, so wurde die letztere im frühen Stadium durch Salvarsan und Neosalvarsan sehr günstig beeinflußt: das Gewicht hob sich, Schwäche, Fieber, Dyspnoë usw. hörten auf. Bei vorgeschrittenen Fällen hatten die Medikamente wenigstens keine Verschlimmerungen (Hämoptyse) zur Folge. Ähnliche Erfahrungen machten Léon Bernard und Jean Paraf (Bull. méd., 1914, Nr. 18).

R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Salvarsan und Neosalvarsan bei Lues, von U. Arcangeli-Rom. (Riv. ospedaliera, 1914, Nr. 16.) Verfasser hat gute Resultate erzielt: bei gewöhnlichen Primärsklerosen und gewöhnlichen Sekundärerscheinungen der Haut und der Schleimhäute, bei luetischem Fieber, bei luetischen Knochen- und Gelenkaffektionen, bei Lungensyphilis, luetischen Affektionen der Aorta und des Myokards, bei Aneurysma der Aorta, bei syphilitischer Nephritis. Erfolglos war die Behandlung in einem Falle von Hepatitis sclero-gummosa. In zwei Fällen von luetischem Diabetes blieb die Glykosurie fast unbeeinflußt. Gute Resultate hat Verfasser auch erhalten bei Hemiplegien luetischen Ursprungs, bei Meningitis luetica acuta, in zwei Fällen von Lues des Kleinhirns, in einem Fall von Meningomyelitis luetica dorso-lumbalis, in mehreren Fällen von Tabes im Anfangsstadium und in einigen Fällen von allgemeiner Paralyse. Bronchialasthma und Diabetes stellen keine Kontraindikation für die Behandlung dar. K. Rühl-Turin.

Über Salvarsan und Neosalvarsan, besonders ambulatorisch angewendet, von K. Rühl-Turin. (M. m. W., 1914, Nr. 22.) Durch die kürzlich von einigen Verfassern erhobenen Anklagen gegen die Salvarsantherapie hat sich R. veranlaßt gesehen, seine Erfahrungen bei 124 Patienten, welche er teils mit Altsalvarsan (mit 93 Einspritzungen) und teils mit Neosalvarsan (mit 410 Einspritzungen) behandelt hat, zu veröffentlichen. Er gelangt dabei zu dem Resultate, daß diese Mittel bei angemessener Anwendung durchaus nicht als gefahrvoll zu bezeichnen sind, konnte er doch 429 Einspritzungen ambulatorisch verabreichen, ohne daß lebensbedrohende Nebenerscheinungen zu beobachten waren. Das Altsalvarsan wurde 35mal intramuskulär gegeben, doch hat Verfasser diese Methode nur in der Anfangszeit bevorzugt. Das Neosalvarsan wurde immer intravenös gegeben zunächst in 200 ccm, schließlich in 50 ccm destilliertes Wasser gelöst. Dabei wurde auf die Kombination mit Quecksilber, vorzugsweise in Form von Kalomel nicht verzichtet. Eine Durchschnittskur für einen kräftigen Mann gestaltete sich in der Regel so, daß in Abständen von 3—5 Tagen drei intravenöse Infusionen zu 0,4, 0,5 und 0,6 Altsalvarsan oder 0.6—0.75—0,9 Neosalvarsan gegeben wurden, worauf sich 12—14 Einspritzungen von 0,7—1,0 Kalomel anschlossen; nach einer Pause von 5—7 Wochen folgten dann 2—3 Salvarsaneinspritzungen und eine energische Hg-Kur; alsdann wurde wieder 5—7 Wochen pausiert und dann eine Schlußkur von 1—3 Salvarsaninfusionen und kräftiger Hg-Behandlung verabreicht. A. Philippi-Salzschlirf.

Mit Neosalvarsan intensiv behandelte Augenkranke, von M. Mohr-Budapest. (Gyógyászat, 1913, Nr. 49 und Szemeszet, Beiblatt des Orv. Hetilap, 1913, Nr. 2.) Durch die nötige Asepsis, die gehörige Untersuchung des Organismus des Patienten, die sich hauptsächlich auf das Herz und die Nieren erstreckt hat, und durch die nötige Technik konnten unangenehme Symptome vermieden werden und es waren auch keine ernsten Symptome. In dem einen oder anderen Falle Diarrhoe, einmal sogar Stuhlverstopfung, kleinere Temperaturen von 37,5—37,8° C, ab und zu Kopfschmerzen. Die intensive intravenöse Dosierung von 3,25—10,15 g riefen keine Unannehmlichkeiten hervor, wohl aber übten sie namentlich in solchen Fällen eine gute Wirkung aus, in denen die Hg- und Jodbehandlung kein solch promptes Resultat zu geben pflegt. Dies waren 17 Fälle von der Keratitis parenchymatosa. Die intravenösen Injektionen bewährten sich gut bei Iritis luetica (11 Fälle), Iridochorioiditis diffusa. Nach Mohrs Überzeugung wird das Mittel intravenös und in gehöriger Dose gegeben ein kräftiges Medikament sein, während die Wirkung der Depotbehandlung stark zurückbleibt. M. Porosz-Budapest.

Syphilis und Neosalvarsan, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (Lancet-Clinic, 22. März 1913.) Seit Mai 1912 hat Verfasser den Gebrauch des Altsalvarsans vollkommen eingestellt, da er der Überzeugung ist, daß Neosalvarsan das Altsalvarsan in jeder Beziehung ersetzt, viel leichter zu handhaben und ungefährlicher sei. Er pflegt

Digitized by Google

hauptsächlich intravenöse Injektionen in kleinen und mittleren, öfter wiederholten Dosen zu geben und macht die Behandlung der Syphilis vollkommen vom regelmäßig untersuchten Wassermann abhängig. Er ist in letzter Zeit zu der kombinierten Behandlung übergegangen, da sie nach seinen Erfahrungen doch besser ist und mehr dauernde Erfolge gibt als Salvarsan allein. Er führt aus, daß in Deutschland die Behandlungen viel länger fortgeführt werden und viel intensiver sind als es in Amerika allgemein üblich ist. Er ist infolgedessen auch schon dazu übergegangen, über den negativen Wassermann hinaus weiter zu behandeln und hat dadurch die Anzahl der Rezidive, die er bis dahin in 25% der Fälle hatte, auf etwa 12½% herabdrücken können.

W. Lehmann-Stettin.

Die intravenöse Anwendung von Neosalvarsan bei Syphilis, von J. A. Nixon. (M. Press & Circ., 16. Juli 1913.) Verfasser beginnt bei sonst gesunden männlichen Patienten mit 0,75 Neosalvarsan, geht dann zu 0,9 über und gibt gewöhnlich wöchentlich zwei Injektionen, bis zu vier oder fünf; daneben wendet er auch noch Quecksilber an. Im übrigen bringt der Artikel nur alt- und allbekanntes. H. Fendt-Wiesbaden.

Persönliche Erfahrungen mit Neosalvarsan, von T. Schaepkens van Riempst-New York. (M. Record, 9. August 1913.) Die von dem Verfasser angeführten Beobachtungen unterscheiden sich im wesentlichen nicht von denen anderer Publikationen; interessant sind ein paar einzelne Fälle: so drei Fälle von Osteoperiostitis mit ausgedehnter Verdickung des Tibiaschaftes und außerordentlich heftigen Schmerzattacken, Fälle, die prompt zur Heilung kamen. Bei einem Knaben mit hereditärer Syphilis und positivem Wassermann, der sehr häufig epileptische Anfälle hatte, wurden diese Anfälle trotz viermaliger Neosalvarsaninjektion nicht im geringsten beeinflußt. Ebenso negativ waren die Resultate in einem Fall von multipler Sklerose, der Syphilis gehabt und noch positiven Wassermann hatte. W. Lehmann-Stettin.

Über konzentrierte Neosalvarsaninjektionen, von W. Kerl. (W. kl. W., 1913, Nr. 50.) An der Klinik Riehls werden die konzentrierten Neosalvarsaninjektionen seit Juli 1913 verabfolgt. Bisher wurden 118 Patienten mit 345 Dosen behandelt. Nebenerscheinungen traten nur in geringem Grade auf, jedenfalls nicht intensiver und häufiger als bei Verwendung von großen Flüssigkeitsmengen. Auffallend war ein oft spätes Einsetzen der Beschwerden; nach Verfasser spricht diese verzögerte Fieberreaktion gegen die Annahme, daß zerfallene Bakterien und Endotoxine die Ursache der Temperatursteigerung seien, da bei der in beiden Fällen gleichen supponierten Noxe auch die Reaktion sich ähnlich zeigen müßte. W. Lehmann-Stettin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Trichotillomanie, von R. L. Sutton-Kansas City. (J. Am. m. Assoc., 12. Dez. 1914.) Das krankhafte Verlangen, sich die Haare einzeln auszureißen, ist zuerst von französischen Verfassern unter dem Namen Trichotillomanie genau beschrieben worden. Desgleichen haben diese die Bezeichnung Dermatothlasie eingeführt für die Neurodermatose, welche darin besteht, daß das betreffende Individuum mehr oder weniger ausgiebige Stücke der Haut einem abnormen Drange folgend abreibt oder abkratzt. Juckreiz spielt dabei keine Rolle. S. gibt die Abbildung einer 27jährigen Frau, welche sich allmählich die oberen Augenwimpern total und von den Augenbrauen die mediane Hälfte einzeln ausgerissen hatte. Ferner berichtet er (mit Abbildung) über einen 14jährigen Knaben, der auf der linken Kopfhälfte infolge ständigen Ausreißens aller dickeren Haare nur dünne Flaum-

Digitized by Google

haare aufwies. Als ein Fall, der fast als Dermatothlasie zu deuten ist, wird über eine 52jährige, unverheiratete Ärztin berichtet, welche unter der fixen Idee litt, die Trägerin einer besonderen Art von Insekten in der Haut zu sein, und anfallsweise an den verschiedenen Stellen die Haut so lange energisch zu reiben pflegte, bis sie einen kleinen Klumpen Epidermis abscheuerte, in welchem die Parasiten ihrer festen, durch nichts zu erschütternden Überzeugung nach enthalten waren. Sobald das Klümpchen durch Verbrennen vernichtet war, trat auf einige Stunden Beruhigung ein.

A. Philippi-Salzschlirf.

Farbige Photographien von Hautkrankheiten, von Rille. (M. Ges. zu Leipzig, 17. November 1914; M. m. W., 1915, Nr. 4.) Aus der Beobachtung der Leipziger dermatologischen Klinik werden Lumière-Aufnahmen von selteneren Lokalisationen der extragenitalen Primärsyphilis, intensive Arzneiexantheme (Chinin, Jododerma tuberosum, Arsenkeratose) demonstriert, ferner diagnostisch wichtige Zungenaffektionen und eine Reihe von Gangränformen (schwerste syphilitische Knochennekrosen, Malum perforans tabeticum, Hospitalbrand). Es folgten Varizella bei Erwachsenen, Varicella gangraenosa und generalisierte Vakzine mit tödlichem Ausgange, ferner Hautschädigungen durch Sonnenbäder, sowie von Rentenjägern durch Kanthariden hervorgebrachter Pseudopemphigus und die bislang nicht beschriebenen, insbesondere dorsalwärts am Daumengelenk vorkommenden Melkerschwielen. Aus einer reichen Karzinomkasuistik sind Paraffinkrebs am Skrotum und Penis, Carcinoma miliare vulvae mit Elefantiasis, Pagets Karzinom und zwei letal verlaufene Lupuskarzinome hervorzuheben. Einzig dastehen dürfte ein Fall von Schweinerotlauf bei einem Tierarzte mit blauroter erysipelartiger Schwellung am Daumen. Aus der Reihe der „neuen Mykosen" gelangen je ein Fall von Blastomycosis (einer unter dem Bilde eines Skrotalabszesses, ein anderer in Form großer serpiginöser Infiltrationsringe der Lumbal- und Glutäalgegend) zur Projektion, sowie zwei Fälle von Sporotrichosis, der eine mit gumma- und skrofulodermaähnlichen Zerfallsherden am Vorderarm, der andere mit in der Zirkumanal- und Skrotalgegend situierten, weit ausgedehnten drusig-papillären Exkreszenzen nebst Geschwürsbildungen. A. Gappisch-Leipzig.

Verschiedenes.

Die Jahresversammlung der **American Dermatological Association** findet im Mai d. J. in New York statt.

Von Prof. emerit. Dr. James Clarke White in Boston, welcher am 7. Juli 1914 den 80. Geburtstag feierte, ist eine interessante Autobiographie „Sketches from my life, 1833—1914" (Cambridge, Mass. 1914) erschienen.

Priv.-Doz. Dr. Rodolfo Stanziale in Neapel wurde zum Professor der Dermatologie in Messina ernannt.

Dr. Otto Valentiner, Assistent der dermatologischen Klinik in Leipzig, hat das Eiserne Kreuz erhalten.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. März 1915 | Nr. 10 | Band 60

Das Richtersche Kontraluesin und seine praktische Bedeutung.

Von

Dr. P. Scharff, Stettin.

Nachdem die chemotherapeutische Ära durch Ehrlichs bedeutsamen Erfolg mit seinem Salvarsan eröffnet ist, kann es nicht wundernehmen, wenn die methodische Forschung nach besseren Kampfmitteln gegen die Syphilis sich auch konkurrierend mit dem immerhin nicht harmlosen 606 wieder dem ältesten und bekanntesten Mittel, dem Quecksilber, zuwendet. Ein solches Bestreben erscheint um so berechtigter, als das Salvarsan weder ganz so wirksam, noch ganz so unschädlich erscheint, wie seine unbedingten Verehrer es hinstellen. Seine neurotoxischen Eigenschaften zum mindesten lassen sich weder durch Neurorezidivhypothesen noch durch den „Wasserfehler" aus der Welt schaffen, ebensowenig wie seine bedenkliche Vorliebe für die Leber und seine Gefahr für das Herz und die Gefäße. Demgegenüber erscheint es von vornherein als ein verdienstliches Werk, das seit Jahrhunderten bewährte Hydrargyrum in eine wirksamere therapeutische Form zu gießen.

Richter sucht diese Aufgabe von zwei Gesichtspunkten aus zu lösen: einmal bringt er das Hydrargyrum in eine neue kolloidale Form, dessen Moleküle von Mikrokokken- und Kokkenfeinheit, als Submikronen die denkbar besten physikalischen Vorbedingungen für eine gute und schnelle Resorptionsmöglichkeit gewähren. Andererseits sucht er die Heilkraft des Hydrargyrums dadurch zu erhöhen, daß er dieses kolloidale Quecksilber in einem künstlichen Serum mit verschiedenen anderen spezifisch wirkenden Stoffen verbindet, welche im Organismus ihre Angriffskraft gleichsinnig auf die Spirochäten richten, während sie ihre Schutzkraft zusammen auf die Körperzellen übertragen. Das Richtersche Kontraluesin stellt also ein Gruppenmittel dar, und zwar eine Kombination von kolloidem Goldamalgam, welches durch seine äußerst feine Verteilung, eine ganz ungeheure Oberfläche und dementsprechende Angriffsbreite erhält, mit Salizyl, Sozojodol, Chinin und Sublimat zu einem innigen Gemische verarbeitet. Bei der Wahl und Schöpfung seines Quecksilber- und Goldkolloids leiteten Richter folgende Gedanken: alle Metallkolloide

Digitized by Google

haben die Eigenschaft, nach anfänglich die Zahl der roten und weißen Blutkörper herabsetzender Einwirkung bald in das Gegenteil umzuschlagen und eine entschiedene Zunahme beider und eine gleichzeitige mächtige Steigerung der Phagozytose herbeizuführen. Metallkolloide wirken wie anorganische Fermente, gegen die geformten organischen Fermente und deren Stoffwechselprodukte.

Ich halte überdies den Gedanken, das Quecksilber mit Gold zu vereinigen und gegen die Syphilis zu verwenden, für einen ganz besonders guten, weil ja das Gold schon von alters her an und für sich allein als ein spezifisches Antisyphiliticum bekannt ist, allerdings aber seit langem keine oder nur geringe praktische Berücksichtigung mehr erfahren hat. Abgesehen von diesen allgemeinsten Gesichtspunkten besitzt das Aurum mit dem Hydrargyrum auch eine ganze Reihe von Angriffspunkten im Organismus gemeinsam. Es macht wie dieses unter Umständen Stomatitis und erzeugt Speichelfluß, wirkt besonders auf das Herz, das Gefäßsystem, die Drüsen und ganz besonders auf das Knochengerüst und das Periost (cf. H. Schulz, die Wirkung und Anwendung der anorganischen Heilmittel, S. 325/326) und vermag, wie man aus der zitierten Stelle ersehen kann, auch die Jarisch-Herxheimersche Reaktion hervorzurufen. Merkwürdigerweise ist das Gold ein Antidot des Quecksilbers. Es besteht zwischen beiden Mitteln wohl ein ähnliches Verhältnis, wie z. B.zwischen Morphium und Belladonna, welche, obwohl Antidote auf der einen Seite, doch auf der anderen ihre schmerz- und krampfstillenden Kräfte addieren. Gemeinsam richten Quecksilber und Gold ihren Angriff, sei es nun direkt oder indirekt, auf die spezifischen Bakterienleiber, während sie durch ihr antidotarisches Verhältnis die toxische Gefahr für den Organismus erheblich verringern. Mir scheint dieser Gesichtspunkt ganz wesentlich für die noch zu besprechende Höhe der Quecksilberdosis in dem Richterschen Kombinationsmittel.

Während nun Gold und Quecksilber in Gestalt des betreffenden Amalgams die spezifische Dauerwirkung des Kontraluesins verbürgen, repräsentiert unter den übrigen Bestandteilen dieses Kombinationstherapeutikums das Sublimat den akut antiluetisch wirkenden Körper. Dem Chinin, mit seiner biologischen Affinität zu den Blutkörperchen und dem Arsen mit der seinigen zur Haut und den Nervenzellen ist die Aufgabe zugedacht, dem resorbierten Hydrargyrum- und Goldmolekülen gewissermaßen Vorspanndienste zu leisten, um diese an die richtigen Stellen zu schaffen. Chinin und Salizyl sind von Richter zu einer neuen chemischen Verbindung vereinigt, die ähnlichen Vorgänge auf dem Gebiete der Färbungen entsprechend, den Toxinen gegenüber stark avide Eigenschaften entfalten und sich wahrscheinlich ihnen addierend dieselben

Digitized by Google

unschädlich machen. Daß aber überhaupt derartige Mittel mit bekannter organotroper Orientierung wirklich solches zu leisten imstande sind, daß sie gewissermaßen Schienen bilden, auf welchen das spezifische antibakterielle Zielmittel an die richtige Stelle geleitet wird, ist z. B. vom Jod bekannt. Nach den Untersuchungen von Prof. Loeb (Über die Verteilung von Jodverbindungen, Ther. Mh., Nov. 1913) ist das Jodkalium an sich weder neuro- noch lipotrop. Bindet man dagegen Jod an Fett, wie im Jodipin oder Lipojodin, so kann man es sicher in das Fett und Nervengewebe dirigieren. War für Richter bei der Wahl von Arsen und Chinin dieser Gesichtspunkt ausschlaggebend, so sollen endlich Salizyl und Sozojodol eine allgemeine bakterielle Wirkung ausüben.

Halte ich nun diese theoretischen Spekulationen, welche Dr. Richter bei der Kombination seines Kontraluesins leiteten, mit den praktischen Erfahrungen, die ich seit ca. 3 Jahren mit diesem Mittel gemacht habe, zusammen, so muß ich zunächst hinsichtlich der Resorption sagen, daß dieselbe geradezu überraschend schnell vor sich geht, bei weitem schneller, als man solches bei Verwendung von Oleum cinereum beobachten kann. Nach Scholtz (Lehrbuch der Geschlechtskrankh., 1913, S. 390) geht die Resorption des Kontraluesins sogar noch bedeutend schneller vor sich, als diejenige des Hydrargyrum salicylicum. Die durchschnittlich geringfügigen Sensationen, die manchmal bei der Injektion auftreten oder nach ihr als vorhanden vom Patienten angegeben werden, verschwinden sehr viel schneller als nach Ol. cinereum-Verwendung. Obgleich in der jeweilig zur Applikation gelangenden Menge von 1,5 ccm die relativ große Dosis von 0,15 Hydrargyrum enthalten ist, habe ich niemals — abgesehen von ganz leichten, gewöhnlich auf mangelhafte Mund- und Zahnpflege zurückzuführende Irritationen der Gingiva bei Patienten, denen diese Seite der persönlichen Kultur noch ein Novum gewesen war — eine richtige Stomatitis beobachtet, noch weniger eine Enteritis. Dabei habe ich mich sehr bald nicht mit 4 in 15 Tagen zu gebenden Injektionen, wie es Richter empfiehlt, begnügt, um nach 2 Monaten noch einmal 2 bis 4 Spritzen folgen zu lassen, sondern bin im Interesse einer energischen Einwirkung bis auf 8 und 10 Injektionen innerhalb von 6—8 Wochen gestiegen. Nach den ersten 4—6 Injektionen ließ ich eine Pause von 10 bis 14 Tagen eintreten, um die Reaktion des Körpers auf diesen Eingriff in Ruhe beobachten zu können, und dann die übrigen Injektionen in etwas größeren Zwischenräumen von 6—8 Tagen folgen. Ich bin auf Grund meiner Erfahrungen zu der Ansicht gekommen, daß man einen Abortivversuch allein mit Kontraluesin nicht unter 10 Injektionen unternehmen soll. Ich schreibe dem Umstande, daß ich in zwei Fällen, bei denen ich die Abortivkur allein auf Grund von im Dunkelfeld gefundenen Spirochäten

Digitized by Google

im Stadium negativer WASSERMANN-Reaktion unternahm, allein deshalb nicht über ein „schwach positives" serologisches Resultat (die Untersuchung erfolgte bei klinischer Symptomfreiheit 8 Monate nach der Kur) hinausgekommen bin, weil bei den beiden sehr großen Männern auch 8 Injektionen im Verhältnis zu ihrem Körpergewichte noch zu wenig waren. Ich würde mich in Zukunft bei ähnlichen Fällen nicht scheuen, auch auf 12 Kontraluesindosen zu steigen. Daß JULIUS FÜRTH (Derm. W. 1913, Nr. 43) mit den Erfolgen von allein 4 Injektionen nicht zufrieden gewesen ist, will ich gern glauben, doch treffen seine Einwürfe nicht das Mittel, sondern nur seine zu geringe Dosierung. Daß also die Einverleibung von so relativ großen Hydrargyrum-Mengen keinerlei Schädigungen des Körpers in Gestalt von Stomatitis resp. Enteritis bei meinem Material weder bei Männern noch bei zarten weiblichen Individuen hervorgerufen haben, scheint mir doch ein praktischer Beweis für die besonders gute bakteriotrope Orientierung dieses RICHTERschen Kombinationsmittels zu sein, dem ein hoher Grad von Organschutz entsprechen muß. Außerdem dürfte hierbei auch das antidotarische Verhältnis vom Hydrargyrum zum Golde eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Dabei ist schon die Menge des Sublimats in dem Kontraluesin so groß, daß STARKE (Zur Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin, Derm. Zbl., 1913, Nr. 2) das RICHTERsche Mittel in erster Linie für ein akut wirkendes Präparat erklärt, eine Anschauung, welche ich nicht zu teilen vermag, wie ich noch später erörtern werde. Jedenfalls starben von 6 Kaninchen, die er mit 0,07 Hydr. (Kontraluesin) pro Kilo injiziert hatte, 3 nach $3^1/_2$ resp. 5 und 14 Tagen an Hg-Intoxikation, während eine gleiche Dosis eines Mertinolprägarates kein einziges der gleichen Kontrolltiere tötete. Derselbe Versuch mit durch Zentrifugieren vom molekularen Hg befreiten Kontraluesin führte zu dem gleichen Resultate, daß die Kontrolltiere in der gleichen Zeit an Hg-Intoxikation eingingen.

Hält man die Ergebnisse dieser Versuche mit den Erfahrungen, die andere und ich mit dem Präparate am syphilitischen Menschen gemacht haben, bei denen von irgend welchen Schädigung absolut keine Rede war, zusammen, so muß man doch sagen, daß dieselben wiederum außerordentlich zugunsten einer besonders guten spirillotropen und organabgewandten Wirkung des Mittels sprechen.

Nachdem der Traum einer Therapia sterilisans magna vorläufig ausgeträumt sein muß, hofft RICHTER (Zur Kontraluesinbehandlung, Derm. W., 1913, S. 57) mit seinem Mittel wenigstens eine Therapia desinficiens leisten zu können. Ob er diesen Anspruch allein für diejenigen Fälle reserviert, welche den sogenannten Abortivbedingungen des positiven Spirochätenbefundes in der negativen WASSERMANN-Phase entsprechen oder für

Digitized by Google

alle Luesfälle überhaupt, kommt bei ihm nicht klar zum Ausdruck. Ich glaube aber annehmen zu dürfen, daß seine Angaben sich in der Tat auf solche Abortivfälle, wie ich sie oben in Übereinstimmung mit der allgemein geltenden Auffassung gekennzeichnet habe, beziehen sollen. Allerdings muß man nach den Angaben Klausners (Über den therapeutischen Wert des Richterschen Kontraluesin, M. m. W., 1914, Nr. 15) die diesbezüglichen Indikationen für das Kontraluesin noch über die strengsten Abortionsbedingungen hinaus auch auf ganz frische Fälle mit positivem Wassermann ausdehnen. Nach ihm scheint die Forderung der Wassermann-Negativität für die Abortion keine so absolute Bedeutung zu besitzen, wie man im allgemeinen anzunehmen pflegt. Wenigstens berichtet Klausner (l. c.), daß von seinen 30 Abortivfällen alle bis auf fünf schon einen positiven Wassermann aufwiesen. Gerade von den beiden mißglückten Fällen hatte aber der eine einen negativen Wassermann, der andere eine nur schwach positive Wassermann-Reaktion ergeben. Hieraus scheint mir die Notwendigkeit einer Revision unserer bisher gültigen Anforderungen an die Vorbedingungen zu einer Abortivkur zwingende Kraft zu bekommen. Daß man mit Kontraluesin allein, zur richtigen Zeit und im richtigen Maße angewandt, Abortivheilungen zu erzielen vermag, beweisen also die Erfolge Klausners (M. m. W., 1914, Nr. 15) mit diesem Mittel. Derselbe berichtet, daß in seiner Hand das Kontraluesin nicht allein Symptome hartnäckigster Art, wie Clavi syphilitici und ein serpiginöses Gumma am Skrotum, welche bisher keinem der bekannten Hydrargyrummittel, selbst nicht dem Salvarsan, gewichen waren, von Kontraluesin endgültig beseitigt wurden, sondern vor allem, wie schon hingewiesen, daß ihm auch von 30 Abortivkuren 28 geglückt seien. Selbstverständlich darf man die Erreichung eines negativen Wassermanns durchaus nicht mit absoluter Heilung verwechseln. Einen zwingenden Beweis kann ja nur die recht unerwünschte Tatsache einer neuen Infektion beibringen. Im übrigen muß man sich aber bei der Ventilation dieser Frage mit größter Reserve ausdrücken und sich der Relativität auch der scheinbar gelungensten Abortivkur bewußt bleiben. Berichtet doch Finger (Quecksilber und Salvarsan, W. kl. W. 1913, Nr. 15) von Fällen, die 2 Jahre hindurch negativen Wassermann aufwiesen, um dann wieder sekundäre Erscheinungen zu produzieren. Das gleiche berichtet Dreyer (M. Kl. 1913, Nr. 8) von einem Falle, der nach einer 4jährigen Wassermann-Negativität plötzlich wieder positiv wurde und ebenso Kerl (W. kl. W., 1913, Nr. 46). Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, alle Fälle durch eine jahrelange Beobachtung auf den wirklichen Erfolg der Abortivbehandlung zu kontrollieren.

Dieselbe Vorsicht wird man wohl oder übel den Kontraluesin-Abortiv-

Digitized by Google

fällen ebenfalls gegenüber beobachten müssen, um nicht Enttäuschungen ärgster Art zu erleben, denn es scheint nach den Beobachtungen, wie sie gleichsinnig Finger, Kerl und andere gemacht haben, ebenso eine serologische Latenz der Syphilis zu geben wie eine klinische. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich auch wohl, den serologischen Untersuchungen eine „mobilisierende" Salvarsaninfusion, wie solche in erster Linie von Gennerich empfohlen wurde, vorauszuschicken, um möglichst sichere Resultate zu erhalten.

Ich selbst vermag über Abortivkuren, die einzig und allein mit dem Richterschen Mittel durchgeführt wurden, nicht zu berichten. Ich habe es nämlich, offen gestanden, niemals gewagt, die wenigen Patienten, die sich noch im günstigen Stadium der klassischen Abortionsmöglichkeiten befanden, ganz ohne Salvarsan zu lassen.

Von 52 Fällen, die ich mit Kontraluesin behandelt habe, gehörten 12 zu den für eine Abortivkur geeigneten. Ich habe dieselben sämtlich mit 7—8 Injektionen des Richterschen Mittels und 2—3 Salvarsaninfusionen behandelt und bisher, sogar nach $1^1/_2$ Jahren, noch keinen Umschlag des negativen Wassermanns erfahren. Von denjenigen Fällen, welche schon mit positivem Wassermann und allgemeinen Erscheinungen in die Behandlung traten, habe ich ausgezeichnete klinische Resultate gesehen, wie solche zu erzielen mir bisher nicht möglich gewesen ist. Ich bemerke hier nur, daß ich sonst dem Ol. cinereum den Vorzug vor dem allerdings durchschlagender wirkenden, aber für die Privatpraxis zu schmerzhaften Calomel und dem zwar schnell, aber zu wenig nachhaltig wirkenden Salizyl-Quecksilber gegeben habe. Von allen meinen Syphilisfällen der zweiten Rubrik habe ich nur zwei klinisch rezidivieren gesehen, und zwar mit einer Psoriasis specifica bei einer Ehefrau und einer spezifischen Laryngitis bei ihrem stark alkoholisierten Ehemann (Restaurateur). Aber dieser anscheinende Mißerfolg resp. ungenügende Erfolg erklärt sich dadurch, daß die betreffenden Patienten ganz unregelmäßig zur Injektion kamen und zu ihren 8 Kontraluesindosen volle 3 Monate in Anspruch nahmen. Vor solchen verzettelten Dosen muß ich warnen. Es gilt, den Angriff immer so massiv wie irgend möglich zu gestalten. Dagegen möchte ich auch raten, nach den ersten 4—6 Spritzen in 15—25 Tagen eine Pause von 10—14 Tagen eintreten zu lassen, und dann weitere 4—6 Spritzen in Abständen von je 5—6 Tagen nachzugeben.

Ich glaube durch diese Verteilung sowohl den Forderungen des cito et tuto wie des jucunde im Sinne des non nocere am besten genügen zu können.

Besonders in 2 Fällen von extragenitaler Infektion bei 2 Lippenschankern habe ich die Beobachtung machen können, daß jede Injektion von Kontraluesin in der hühner-

Digitized by Google

förmig geschwollenen Submaxillardrüse der entsprechenden Seite das Analogon des Herxheimerschen Symptoms in Gestalt einer bald vorübergehenden stärkeren Intumeszenz hervorrief, ein neuer Beweis für die gute und schnelle Resorption dieses ausgezeichneten Mittels. Von diesen beiden Fällen wurde der eine, ein Mann von 30 Jahren, im Stadium negativer Wassermann-Reaktion von November 1912 bis zum März 1913 mit 9 Kontraluesin und 3 Salvarsaninfusionen (einmal 0,3 und zweimal 0,4) behandelt und blieb bis jetzt (letzter Wassermann April 1914) negativ reagierend. Der andere, ein junges von ihrem Bräutigam durch Kuß infiziertes Mädchen von 20 Jahren, kam erst spät, nachdem alle Symptome der Lues schon manifest geworden waren, in Behandlung und brauchte nach einer ersten Kur mit 8 Kontraluesininjektionen und 4 Salvarsaninfusionen resp. Johaapplikationen im Mai—Juli 1913 noch eine zweite Kur vom Dezember 1913 bis April 1914, um einen negativen Wassermann zu erreichen. Auch an den Inguinaldrüsen bei genitaler Infektion konnte ich das gleiche Symptom des Intumeszierens derselben, wenn auch im abgeschwächten Maße beobachten. Diese Tatsache dürfte wohl ihre ungezwungene Erklärung darin finden, daß sich die Wirkung der gleichen Dosen in diesen Fällen in einem größeren Drüsenkomplex abspielt.

Es ist trotz aller moderner Fortschritte, welche die Syphilidologie hauptsächlich Wassermanns und Ehrlichs Großtaten zu verdanken hat, äußerst schwierig, nach erst dreijähriger Verwendung über ein antiluetisches Mittel ein auch nur einigermaßen abschließendes Urteil fällen zu können, ja ich möchte sagen, es ist gerade durch die exaktere Basis, die unsere Therapie durch Wassermann erhalten, schwerer wie je gemacht, solches tun zu können. Stehen doch noch ganz extreme Anschauungen über die Frage der Heilung sich gegenüber. Die einen erklären alle Fälle für geheilt, welche den negativen Wassermann erreicht haben, die anderen erachten es aber für eine strikte Notwendigkeit, trotz negativem Wassermann noch weiter zu behandeln (cf. Sagnisch, Verhandl. d. nordwestdeutsch. Dermatol.-Vers. 15. I. 1913) und längere Jahre hindurch zu beobachten. Mir scheint, daß die Geschichte der Syphilis und ihrer Behandlung es uns gelehrt haben sollte, daß vor allen Dingen eine geraume Zeit vergangen sein muß, um retrospektiv so manches voreilige Urteil korrigieren zu können. Auch jetzt dürfen wir nicht hoffen, vor Ablauf eines Dezenniums dazu gelangen zu können, in der Frage der immer noch schwankenden Syphilistherapie eine richtigere Anschauung über die Leistungsfähigkeit unserer Heilbestrebungen zu erkämpfen. Vorläufig ist es dringend notwendig, sich trotz wieder augenscheinlich sich mehrender Fälle mit scheinbar vorzüglichstem Heilverlauf der Relativität des Begriffes Heilung bewußt zu bleiben und sich des Wortes Audrys (Ann. de Derm., 1913, 3. Resultats rapprochés du traitement de la Syphilis par arsenobenzol et Hydrargyrum) zu erinnern, wo dieser hervorragende französische Forscher sich folgendermaßen äußert:

„Im allgemeinen gibt es keine Beziehungen zwischen der Intensität

Digitized by Google

der Behandlung und dem Ausbleiben der Rezidive. Diese können sehr wohl bei Patienten kommen, die große Dosen erhielten und häufig injiziert wurden und fehlen bei sehr wenig Behandelten. Eine derartige Tatsache wird keinen erfahrenen Syphilidologen in Erstaunen versetzen. Es gehört eine außerordentliche Unwissenheit dazu, um zu glauben, die spätere Entwicklung der Lues hänge allein von der Behandlung ab. Es gibt Fälle von Syphilis, die immer gefährlich sind, und andere, die leicht bleiben, und wir wissen nicht warum, und besitzen auch kein konstantes und sicheres Mittel für die Prognose. Zu letzterem die Wassermann-Reaktion zu benutzen, denkt niemand, da jedermann weiß oder wissen sollte, daß sie monatelang und jahrelang negativ bleibt und plötzlich wieder positiv werden kann." Einen Schlüssel zu dem Rätsel, die trotz aller Fortschritte der Chemotherapie für den nüchternen Beobachter der Entwicklung der Syphilisheilung noch immer vorhanden sind, bietet sich vielleicht in der Bestätigung der Behauptung jener Forscher, welche meinen, daß die Spirochaeta pallida nicht die einzige Ursache des ganzen Symptomenkomplexes der Lues sei, sondern ein Leukocytozoon Syphilidis (Die Ursache der Syphilis mit Berücksichtigung der Chemie des Krankheitserregers, J. E. R. Mac Donagh, F. R. C. S., London, Vortrag i. d. Versamml. d. deutsch. Naturf. und Ärzte, Wien, Sept. 1913), welches eine ganze Reihe von Umwandlungen durchmacht, von denen die Spirochaeta pallida nur ein Glied ist. Das würde erklären, weshalb eine Syphilis noch bestehen, noch rezidivieren kann, nachdem schon alle Spirochäten durch Salvarsan vernichtet erscheinen, vielleicht auch, weshalb Salvarsan von ungenügender Wirkung bei Tabes und Paralysis ist, obwohl auch diese als durch die Spirochäten erzeugte echte luetische Erscheinungen neuerdings angesehen werden müssen, wobei man allerdings wohl die Lehre von den konstitutionellen Schwächen vergessen haben dürfte. Niemals, das wird man wohl nach dem Scheitern auch der kühnsten und geistreichsten chemotherapeutischen Spekulationen beherzigen müssen, genügt es, allein den Körper mit diesem oder jenem Heilmittel zu überschwemmen, sondern man wird auch diätetische, stoffwechselbefördernde und resorbierende Faktoren, welche die organischen Widerstandslosigkeiten der einzelnen Konstitutionen entsprechend beeinflussen können, nicht außer acht lassen dürfen, sonst wird man trotz aller alten und neuen Spezifika immer wieder das traurige Ereignis erleben, daß ein geistig überanstrengter oder durch Ausschweifungen nervös widerstandslos gewordener Organismus gerade an seinen lebenswichtigsten Nervenzentren auch am tiefsten getroffen wird. Triumphe der Heilung werden immer nur mit Hilfe von guten Konstitutionen und durch eine vernünftige Lebensführung errungen werden. Unter Berücksichtigung

Digitized by Google

aller dieser Faktoren darf man aber das Kontraluesin als einen neuen und äußerst wirksamen chemotherapeutischen Heilfaktor begrüßen, denn es vereinigt nicht allein eine akute, sondern auch eine remanente antiluetische Wirkung kräftigster Art und gewährt durch die Art seiner Zusammensetzung zahlreichere Heilungsmöglichkeiten und mehr Aussicht auf Erfolg als irgend ein anderes merkurielles Mittel. Mit dem Salvarsan aber dürfte es sich vielleicht — meine eigenen Erfahrungen sind ja, wie ich schon ausgeführt, keine ganz reinen nach dieser Richtung hin — messen dürfen als Kampfmittel besonders im ersten Waffengange gegen das so komplizierte Bild der Lues. Ganz besonders aber dürfte es wohl da am Platze sein, wo das Salvarsan kontraindiziert ist, wo chronischer Alkoholismus, Herzschwäche die Anwesenheit von anderen Infektionskeimen und die Anhäufung von Fäulniserregern die organische Widerstandsfähigkeit herabgesetzt haben, wie es sich denn sonst aber auch gut mit demselben kombinieren läßt.

Ich bin der Meinung, daß durch das Kontraluesin Richter unsere Heilungsmöglichkeiten der Syphilis eine außerordentliche Bereicherung erfahren haben, weil es vor allem die Schutzkräfte des Organismus nicht lähmt, sondern dieselben geradezu unterstützt.

Bücherbesprechungen.

Studien über die Fortpflanzung von Bakterien, Spirillen und Spirochäten, von E. Meirowsky-Köln a. Rh. (Berlin 1914, Julius Springer.) Die mit zahlreichen, zum Teil farbigen Tafeln ausgestattete Monographie bringt eine zusammenfassende Darstellung der Untersuchungsergebnisse, die M. in systematischer Erforschung des Bakterien-, Spirillen- und Spirochätenleibes gefunden hat. Gleichsam als Kontrolluntersuchungen darf man die in den Abschnitten über Tuberkel-, Lepra-, Paratyphus-Bazillen und Spirillen niedergelegten Befunde ansehen, welchen dann — nach einem vorbereitenden Kapitel über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse vom Bau und der Fortpflanzung der Spirochäten — die Ergebnisse von M.s Untersuchungen mit der vitalen Methylen-Methylviolettlösung, mit dem Dunkelfeldapparat und am fixierten und gefärbten Kulturpräparat folgen.

Seine Befunde findet M. dann auch weiterhin an Gewebsspirochäten, bei der Hühnerspirillose u. a. bestätigt und entscheidet daher auf Grund des beigebrachten Materials die Frage nach der Stellung der Spirochäten im System endgültig nach der Richtung, daß sie in keinem Zusammenhang mit Protozoen resp. Trypanosomen stehen, vielmehr ihr Bau auf irgend einen Zusammenhang mit höheren Pilzformen hinweist.

Die Anschauung M.s, daß die Spirochäten vermutlich ebenso wie die Tuberkel- und Leprabazillen als Bruchstücke einer höher stehenden, möglicherweise zur Klasse der Myzelpilze gehörigen Pflanze zu betrachten sind, ist im Kreise der Fachgenossen auf lebhaften Widerstand gestoßen. Immerhin — wer Gelegenheit hatte, die Befunde an frischen Präparaten M.s nachzuprüfen, vermag kaum gegen die tatsächlich vorhandenen Bilder stichhaltige Einwendungen vorzubringen.

Digitized by Google

Zur endgültigen Entscheidung der Frage wäre eine energische Nachprüfung sehr wünschenswert. O. Gans-Freiburg i. Br.

Handbuch der Röntgenlehre, von Hermann Gocht-Halle. Vierte Auflage. (Stuttgart 1914, Ferdinand Enke.) Das Gochtsche Handbuch liegt in umgearbeiteter und vermehrter Auflage vor und wird sich sicherlich auch in dieser Auflage neue Freunde gewinnen. Entsprechend der Vertiefung und Verbesserung der Röntgendiagnostik und -therapie haben besonders die Kapitel über Röntgeninstrumentarium und Röntgenröhren, ferner die Kapitel über Anatomie und Physiologie, über Geburtshilfe und Gynäkologie, über die Untersuchung des Magendarmkanals, insbesondere aber die allgemeine und spezielle Röntgentherapie eine Um- und Ausgestaltung erfahren.

Nach wie vor können wir das Gochtsche Handbuch sowohl für den Anfänger als auch für den Kenner dringend empfehlen. Die außerordentlich klare Darstellung der theoretischen Fragen und ihrer praktischen Ausführung sind mustergültig und die übersichtliche, einfache Anlage des Werkes spricht für sich selbst. Mir ist kein angenehmerer und besserer Führer auf dem Gebiete der Röntgenkunde bekannt.

O. Gans-Freiburg i. Br.

Praktische Ergebnisse auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Dritter Jahrgang, herausgegeben von A. Jesionek-Gießen. (Wiesbaden 1914, J. F. Bergmann.) Im dritten Band der Ergebnisse berichtet Cedercreutz-Helsingfors über den Einfluß der inneren Sekretion auf die Haut und deren Anhangsorgane. Zieler-Würzburg behandelt in eingehendem Referat das Gebiet der Hauttuberkulose und der Tuberkulide. Im allgemeinen Teil gibt er eine ausführliche Zusammenstellung über mikroskopischen und kulturellen Nachweis des T. B., sowie Tierversuch und Nachweis im Blute. ferner über Tuberkuloseimmunität, Tuberkulin, Tuberkulosereaktionen und spezifische Tuberkulosebehandlung, allgemeine Diagnose der Hauttuberkulose und Fragen der Pathogenese. Der besondere Teil enthält die Darstellung der „sicheren Hauttuberkulosen" einerseits, und der „Erkrankungen, deren Zugehörigkeit zur Tuberkulose nicht erwiesen oder fraglich ist", andererseits.

Die Salvarsantherapie der Syphilis von Meirowsky-Köln und Kretzmer-Bochum enthält auf knapp 250 Seiten wohl so ziemlich alles, was die so äußerst reichhaltige Literatur über diesen Punkt gebracht hat.

Auch dieser dritte Band muß in seiner übersichtlichen Anlage und der geschlossenen Darstellung der einzelnen Gebiete als ein vorzügliches Nachschlagewerk über den heutigen Stand der betreffenden Fragen bezeichnet werden. O. Gans-Freiburg i. Br.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über konzentrierte intravenöse Neosalvarsaninjektionen, von R. Frühwald-Leipzig. (M. m. W., 1913, Nr. 45.) Die mitgeteilten Beobachtungen beziehen sich auf 93 weibliche Kranke in Rilles Klinik, welche im Laufe von mehr als drei Monaten mit 259 Einspritzungen behandelt wurden. Die Dosis betrug 0,6 Neosalvarsan auf 10 ccm Wasser; nach fünf Tagen wurde in der Regel eine zweite und nach weiteren fünf Tagen eine dritte Injektion verabreicht, so daß die Gesamtmedikation 1,8 Neosalvarsan betrug. Die therapeutische Wirkung wird als sehr befriedigend bezeichnet; die klinischen Erscheinungen aller Stadien schwanden in der Regel in etwa 14 Tagen. Die bekannten Nebenerschei-

Digitized by Google

nungen, Kopfweh, Erbrechen, Fieber (meistens etwa 38,5°, vereinzelt bis 40,1°), Durchfall kamen vor, und wohl nur ein Drittel der Kranken blieben davon ganz verschont. Ernstere Schädigungen waren aber nicht zu verzeichnen. Einzelne recht hartnäckige Infiltrationen im subkutanen Gewebe kamen namentlich beim Beginn der Serie vor, indem etwas von der Lösung in dasselbe gelangte. Dieser Übelstand haftet noch mehr der von Alexandrescu-Dersca empfohlenen Verwendung einer 30%igen Lösung an, welche Verfasser auch bei einigen Fällen mit sonst befriedigendem Resultate angewandt hat. A. Philippi-Salzschlirf.

Beitrag zur Behandlung der Lues hauptsächlich mit Neosalvarsan, von A. Camerano-Turin. (Giorn. di Med. Militare, 1913, Oktober-Dezemberheft.) Bericht über 250 Fälle, die zum Teil mit dem Arsenobenzol Billon resp. mit Salvarsan, zum größten Teil mit Neosalvarsan behandelt wurden. (Die Arbeit bringt nichts Neues; die klinischen Angaben sind sehr mangelhaft; erstaunend ist, daß Verfasser das Salvarsan in heißem, daß Neosalvarsan in lauwarmem Wasser löste.) K. Rühl-Turin.

Erfahrungen über Neosalvarsanbehandlung der Syphilis, von Johann Fabry-Dortmund. (M. Kl., 1913, Nr. 51.) Fabry forscht nach den Gründen für die auch von maßgebenden Seiten so differente Bewertung des Salvarsans, resp. Neosalvarsans. Er selbst war stets ein Anhänger des Salvarsans und hat vom 1. April 1912 bis 1. April 1913 alle Fälle von Syphilis auf seiner großen Abteilung kombiniert mit Neosalvarsan und Hg behandelt; dabei betrachtet er das Neosalvarsan als das eigentliche Heilmittel, und das Hg als sehr wirksames Adjuvans, von dem wir jetzt dank dem Salvarsan sehr viel geringere Dosen und nicht mehr die vieljährige Anwendung brauchen. Fabry glaubt, daß an der Verschiedenheit der Resultate, die in den einzelnen Krankenhäusern erzielt worden sind, der große Unterschied der zur Anwendung gelangten Dosen und der Intervalle schuld trage, und ist überzeugt, daß, wenn man allgemein zu mäßigen Dosen 0,45—0,6 (höchstens) Neosalvarsan in längeren Intervallen übergehen wird, dann die Resultate sich einheitlich so günstig gestalten werden, wie es auf seiner Abteilung der Fall ist.

Fabry gibt dann sein Behandlungsschema für die einzelnen Stadien der Syphilis: 1. Primäre Syphilis. Exzision der Sklerose bei günstigem Sitze; sonst lokale Behandlung. Nach Feststellung des Spirochätenbefundes — wenn möglich bei noch negativer WR — Neosalvarsan 0,45, acht Tage später zweite Neosalvarsaninjektion; nach 14 Tagen die dritte. Inzwischen Beginn der Hg-Behandlung (Hg oxycyanat. 1%ige wässerige Solut. alle zwei Tage 0,02 oder Hg salicyl. 10%ige Emulsion alle 5—6 Tage 0,1 oder Kalomel) ca. acht Wochen; bei dann noch positiver WR vierte Neosalvarsaninjektion 0,45; von dann an alle vier Wochen Prüfung der Reaktion und eventuell in diesen Intervallen noch fünfte und sechste Injektion. Mit dieser Methode gelang dem Verfasser die Kupierung der Syphilis in vielen Fällen, von denen er zwei Krankengeschichten mitteilt, von denen eine eine typische Reinfektion enthält. 2. Sekundäre Syphilis. Hier erleben wir aus den bekannten Gründen (Leichtfertigkeit des Patienten, oft auch Optimismus des behandelten Arztes usw.) die häufigsten Rezidive. Hier müssen wir die chronisch intermittierende Behandlung nach Neisser und Fournier konsequent mit den durch Salvarsan bedingten Modifikationen durchführen und uns durch die immer wiederholte Blutuntersuchung von dem Negativbleiben der WR überzeugen; falls die Umwandlung der WR nicht bald gelingt, soll man die Dosen nicht verstärken, sondern geduldig mit den Dosen von 0,45 längere Zeit weiter behandeln. Da es sicher eine gewisse Idiosynkrasie gegen Salvarsan gibt, so ist Fabry gegen zu konzentrierte Lösungen; er löst 0,45 in 50 ccm Wasser und unterbricht die Injektion, wenn der Patient über eigentümliche Empfindungen im Munde, resp. am Zahnfleisch klagt. Bei Syphilis III scheint dem Verfasser jede Diskussion über die hervorragende Wirkung des Salvarsans über-

Digitized by Google

flüssig; doch empfiehlt er, wo es sich um körperlich sehr reduzierte Individuen handelt, mit kleinen Dosen anzufangen und größere Intervalle sowohl bei der Blutentnahme wie bei den weiteren Injektionen zu machen. Er kombiniert in diesen Fällen die Salvarsanmedikation mit steigenden Dosen von Jodkalium und verabfolgt außerdem Hg.

Fabry hat bei seiner Behandlungsmethode nie Neurorezidive gesehen. Diese Ausführungen beziehen sich in gleicher Weise — abgesehen von der Dosierung — auf Altwie auf Neosalvarsan. Am Schlusse diskutiert der Verfasser mit einigen Worten die Frage, welches Präparat vorzuziehen sei. Eine 20monatliche Erfahrung an einem großen Material, läßt ihn glauben, daß das Neosalvarsan weniger toxisch, vielleicht auch etwas weniger wirksam sei; trotz dieser letzteren Möglichkeit bevorzugt er das Neosalvarsan, wenngleich es gegen dieses ebensogut eine Idiosynkrasie geben kann als gegen Altsalvarsan. Bei vorsichtiger Anwendung hält er diese Gefahr nicht für größer als beim Hg.

O. Lasch-Breslau.

Erfahrungen mit Neosalvarsan am Harlem-Hospital, von H. Fox-New York. (Am. J. m. Sc., Januar 1914.) Diese Beobachtungen beziehen sich auf eine Serie von 56 Fällen, welche teils intravenös (45), teils intramuskulär (11) mit einer Jodipinemulsion des Mittels behandelt wurden. Die Patienten wurden alsbald nach der Einspritzung nach Hause entlassen; nur bei einem einzigen traten Nebenerscheinungen auf, welche einen dreitägigen Aufenthalt im Krankenhaus notwendig machten. Es ist zu bemerken, daß das für die Einspritzungen verwendete Wasser nicht immer unmittelbar vor der Verwendung frisch destilliert war, sondern bis zu 14 Tagen aufbewahrt wurde. Einige besonders frappante Fälle sind ausführlich mit Photogrammen geschildert. Außer Neosalvarsan wurde kein antiluetisches Mittel bei diesen Fällen angewandt, woraus sich das Vorkommen von einzelnen Mißerfolgen erklären dürfte. A. Philippi-Salzschlirf.

Neosalvarsan bei Syphilis, von Douglas J. Guthrie. (Edinburgh J., 1914, Nr. 2.) Allgemeine Besprechung, die zu folgenden Schlüssen führt: Konzentriert eintravenöse Neosalvarsaninjektionen erfordern eine einfache Technik und können ohne Gefahr angewendet werden. Reaktionen nach der Injektion müssen sorgfältig beachtet werden. Die Therapie muß durch die Wassermannsche Reaktion kontrolliert werden. Nach drei Neosalvarsaninjektionen folgt eine Quecksilberkur. R. Frühwald-Leipzig.

Erfahrungen mit Neosalvarsan, von Emil Segre-Aussig. (Prag. m. Wschr., 1914, Nr. 26.) Die Erfahrungen sind dieselben, die auch von vielfacher anderer Seite gemacht worden sind: etwas schwächere Wirkung des neuen Präparats als des alten, aber doch auch befriedigende Ergebnisse, vor allem bezüglich Abortivheilungen bei Primäraffekt mit noch negativem Wassermann und keine Schädigungen.

E. Klemm-Leipzig.

Neosalvarsan in der Praxis, von Breuil-Troyes. (Monde méd., 5. Juni 1914.) Verfasser läßt sich über die Schwierigkeit der intravenösen, sowie über diejenige einer Anwendung per Suppositorium aus. Diese stellt Anforderungen an den Arzt, jene auch an den Patienten. Die Einführung per os verbieten die bald bei einer derartigen Verordnung eintretenden Dyspepsien. Der Verfasser ist für intramuskuläre Ölinjektionen mit einem Gehalt von 0,3 Neosalvarsan pro dosi, alle acht Tage, 5—6 Wochen lang.

H. Vörner-Leipzig.

Drei Fälle von visseraler Syphilis mit Neosalvarsan behandelt, von Wilh. Holland-Kristiania. (Tidsskrift f. d. norske Laegeforeningen, 1914, Nr. 19.) 1. Paralysis generalis. 42jähriger Mann. Infektion vor 17 Jahren, keine spezifische Behandlung. Anfangs acht Natriumnukleininjektionen. Vom 30. April 1914 bis 17. Juni 1914 hat er alles in allem 16 g Neosalvarsan bekommen, meistens in wöchentlichen Injektionen

Digitized by Google

von 0,45 (konzentriert). Es trat kein Einfluß auf die WR ein, die während der ganzen Zeit stark positiv war, sowohl im Blut wie in der Lumbalflüssigkeit. Anfangs war Besserung vorhanden, später ist der Zustand stationär geblieben. (Bis 22. August 1914 hat der Kranke 19 g Neosalvarsan bekommen.) 2. Syphilis cerebralis. 41 jähriger Mann. Die Infektion hat vor 20 Jahren stattgefunden; über frühere Behandlung war kein Aufschluß zu erlangen. Es handelte sich um einen ausgesprochenen Fall mit Halluzinationen, Zwangsvorstellungen, Unruhe, totaler Inkontinenz; der Kranke kann weder stehen, noch gehen. Vom 31. Juli 1913 bis 17. Juni 1914 erhielt er im ganzen 11,7 g Neosalvarsan in Dosen von 0,45—0,60 (meist konzentriert) wöchentlich und 14 tägig. Schon nach der neunten Injektion (14. November 1913) konnte der Kranke das Bett verlassen, die Inkontinenz verschwand, er wurde klar und orientiert, WR schon 14. August 1913 negativ. Ganz geheilt entlassen. 3. Lebersyphilis. 37 jähriges Weib, die Frau des letztgenannten, eine Trinkerin. Bei der Einlieferung ins Krankenhaus war ein die ganzen Unterextremitäten und die untere Hälfte des Unterleibs einnehmendes Erysipel vorhanden, sowie ein großer Aszites mit beginnender Herzschwäche (drohendem Kollaps), die eine Parazentese des Unterleibes trotz des Erysipels notwendig machte. Nachdem 6500 ccm Aszites abgeflossen war, konnte man die Leber unterhalb des Nabels fühlen und der rechte Lappen verschwand hinter der Ala ossis ilei in die Tiefe. Jodkalium war durch einen Monat ohne Wirkung. 23. August 1913 Neosalvarsan 0,30. 9. September desgl. 0,45. Noch am 30. September wurde eine vierte Parazentese des Unterleibs notwendig; von jetzt ab schreitet die Heilung gleichmäßig vorwärts, so daß weitere Neosalvarsaninjektionen überflüssig waren, und die Kranke konnte am 7. April 1914 geheilt entlassen werden. Schon im Dezember 1913 war die Leberdämpfung normal (6 c—c-Bogen). (Die beiden letzten Kranken sind noch ganz gesund am 3. November 1914.)

W. Holland-Kristiania.

Zur intramuskulären Neosalvarsaninjektion, von H. E. Kersten-Rabaul. (M. m. W., 1914, Nr. 21.) Bei den Eingeborenen in Deutsch-Neuguinea ist Verfasser allmählich dazu übergegangen, Neosalvarsan in relativ sehr konzentrierter Lösung intramuskulär zu verabreichen. Er gibt bis zu 0,9 des Mittels in 2 ccm Wasser, resp. 0,45 in nur 1 ccm H_2O, und er hat den Eindruck, daß bei gleicher Heilwirkung störende Nebenerscheinungen wie Infiltrate, Abszesse und Klagen über Schmerzen ganz wesentlich seltener zu verzeichnen waren als bei der Verwendung von größeren (10—20 ccm) Mengen Wasser zur Lösung des Neosalvarsans.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Lösung des Neosalvarsans im Eigenserum, von B. Spiethoff-Jena. (M. Kl., 1914, Nr. 3.) Die kurze Mitteilung von v. Schubert veranlaßt Spiethoff früher, als er beabsichtigt hatte, eine kurze vorläufige Mitteilung über die Verwendung des Neosalvarsans im Eigenserum des Patienten zu machen. Ausführliche Berichte über die klinischen Ergebnisse an einem seit Mitte September beobachteten Krankenmaterial und über die Tierexperimente werden demnächst erscheinen. Spiethoffs Technik ist folgende: Es wird aus der Ellenbogenvene Blut in ein elektrisches Zentrifugenglas von 50 ccm Fassungsvermögen gelassen und dann in dem Glase, in dem sich ein steriler Draht befindet, 3 Minuten zur Defibrinierung geschüttelt, und dann 20 Minuten zentrifugiert. Von dem Serum kommen 10 ccm in ein steriles Erlenmeyersches Kölbchen für 100 ccm; das Neosalvarsanpräparat (bis Dosierung V) wird in den Kolben unter gleichmäßiger Verteilung auf die ganze Flüssigkeitsoberfläche getan und der Kolben verschlossen. Die Lösung erfolgt prompt, doch kann zur Beschleunigung das Glas auf eine weiche Unterlage kurz und schwach öfter aufgestoßen, aber nicht geschüttelt werden. Die Lösung kommt dann in eine Rekordspritze und wird dann intravenös injiziert.

O. Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Über ein neues Verfahren der intravenösen Neosalvarsaninjektion, von C. Alexandrescu-Dersca-Bukarest. (M. m. W., 1913, Nr. 29.) Verfasser hat mit der Injektion von Neosalvarsan (Dosen von 0,3—0,6), aufgelöst in nur 1—2 ccm Wasser, sehr befriedigende Erfahrungen bei mehr als 40 Injektionen gehabt. Da man dabei nur eine Luersche Spritze von 2 ccm Inhalt und eine 7 cm lange Platinnadel zur Entnahme des Wassers und zum Anrühren der Lösung, sowie eine 2—3 cm lange Nadel für das Injizieren in die Vene nebst einem Fläschchen Aq. destill. benötigt, hofft Verfasser, daß diese (auch von anderer Seite schon geübte Methode, Ref.) bald größere Verbreitung finden wird.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Gabengröße des Neosalvarsans, von V. L. Neumayer-Kljuc (Bosnien). (M. m. W., 1913, Nr. 48.) Verfasser plädiert für größere Dosen des Mittels, wozu er teils in dem Streben nach dem Ziel der Sterilisatio magna, teils durch die Eigenart seiner Kranken veranlaßt wurde. Die von ihm im allgemeinen geübte Methode besteht in der Verabreichung von 1,2—1,5 g Neosalvarsan (bei schwächlichen Frauen ist die Minimaldosis auf 0,9 vermindert), worauf eine Quecksilberkur sich anschließt und als Abschluß noch ein Fangschuß (Alt) von Salvarsan. Die Kranken werden durch gesetzliche Verfügung fünf Jahre lang in ärztlicher Beobachtung behalten, so daß Verfasser Gelegenheit haben wird, über die Dauerresultate zu berichten. Einige klinische Beobachtungen, welche zugunsten der größeren Dosierung sprechen, sind der Arbeit beigefügt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Neosalvarsan in konzentrierter Lösung, von Joseph Girsdansky-New York. (New York m. J., 20. Juni 1914.) Girsdansky wendet 0,9 Neosalvarsan, in 10 ccm Aqu. dest. gelöst, vermittels der Rekordspritze an, injiziert also die Lösung in der bekannten Weise nach Unterbindung des Oberarms in die Ellenbogenvene und gibt dann noch 5 ccm destillierten Wassers nach, um jede Spur von Salvarsan, die in Berührung mit dem Gewebe kommen könnte, auszuwaschen. In all seinen Fällen — mit etwa 40 solcher Injektionen — trat ausgesprochene Besserung, besonders der Sekundär- und Tertiärerscheinungen, schon mehrere Tage nach der ersten Injektion ein. Anführung dreier Fälle.

M. Stern-München.

Kraniozentese und subarachnoidale zerebrale Neosalvarsaninjektionen, von Sicard. (Soc. méd. des hôp., 19. Dez. 1913.) Sicard injizierte bei einem Paralytiker direkt unter die Arachnoidea des Gehirns kleinste Dosen von Neosalvarsan (0,002—0,003). Diese Injektionen wurden ohne Lokalanästhesie gemacht und vom Patienten gut vertragen. „Sie scheinen den Zustand der Kranken leicht gebessert zu haben."

A. Gunsett-Straßburg.

Intrarachitische Injektionen von Neosalvarsan, von Jeanselme, Vernes und Marcel Bloch. (Bull. méd., 1913, Nr. 99.) Verfasser behandeln Tabiker und Paralytiker durch wöchentliche Injektionen von $^1/_4$—5 mg Neosalvarsan in den Duralsack; sie benutzen eine Lösung von 1 mg auf 1 ccm. Nach der Injektion treten keine bösen Folgeerscheinungen auf als Fieber und bei Tabikern schmerzhafte Krisen. Die Lymphozytose und die Hyperalbuminose des Liquors nehmen rasch ab.

R. Frühwald-Leipzig.

Intrarachitische Neosalvarsaninjektionen, von Lortat-Jakob. (Semaine méd., 1914, Nr. 30.) Intralumbale Injektionen von 0,003—0,005 Neosalvarsan hatten bei Tabes und Paralyse keinerlei Erfolg. Dagegen sah Verfasser nach der Injektion motorische Störungen, heftige gastrische Krisen und Harnverhaltung. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Technik der endolumbalen Neosalvarsantherapie, von E. von Schubert-Altona. (M. m. W., 1914, Nr. 15.) Zu der von Gennerich geübten Methode der intralumbalen Einverleibung von Neosalvarsan empfiehlt Verfasser eine kleine Modifikation:

Digitized by Google

er entnimmt zunächst 3 ccm Liquor und löst darin 0,045 g Neosalvarsan. Von dieser Lösung werden 0,1—0,2 ccm sofort unter Verwendung des an Ort und Stelle belassenen Punktionsapparates in den Lumbalsack eingeführt, so daß Patient höchstens nur 3 mg injiziert bekommt. Die doppelte Abmessung ist deshalb nötig, weil es nicht möglich ist, vom Neosalvarsan kleinere Mengen als 45 mg mit Sicherheit abzuwägen. Andererseits vermeidet man bei Verwendung von Liquor als Lösungsmittel die Schwierigkeiten der Herstellung einer einwandfreien physiologischen Kochsalzlösung.

A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Todesfall nach Neosalvarsan, von V. L. Neumayer-Kljuc. (M. m. W., 1914, Nr. 15.) Verfasser hatte nach dem von ihm (M. m. W., 1913, Nr. 48) empfohlenen Verfahren einem 25jährigen Bauern nach Vorbehandlung mit Joha und Quecksilber eine intravenöse Injektion von Neosalvarsan, entsprechend 1 g Altsalvarsan, verabreicht. Patient kehrte zu Fuß nach Hause (15 km) unter ziemlich großer Anstrengung zurück und wurde 12 Tage nachher vom Verfasser, der erst spät benachrichtigt worden war, in komatösem Zustand angetroffen. Er starb am folgenden Tage. Verfasser glaubt, daß eine Thrombose der Vene die Todesursache abgegeben haben dürfte. Für diese Annahme sprach der Umstand, daß die zur Injektion benutzte Vene nachher ziemlich verdickt und verhärtet befunden wurde. A. Philippi-Salzschlirf.

Über die Anwendung der epifaszialen (bzw. intramuskulären) Neosalvarsaninjektionen nach Wechselmann im Kindesalter, von Hans Kern. (B. kl. W., 1914, Nr 43.) Verfasser empfiehlt für die Fälle, in denen intravenöse Injektionen nicht gemacht werden können — vor allem würden also Kinder in Betracht kommen —, die epifasziale Methode nach Wechselmann. Oft scheint allerdings die geplante epifasziale Injektion auch nichts anderes als eine intramuskuläre gewesen zu sein. Bemerkenswert ist die hohe Einengung der Neosalvarsanlösung (100%ige Lösung). Da Kinder entsprechend kleinere Dosen erhalten, so kommt man auf die kleinen Mengen der gesamten Injektionsflüssigkeit von 0,2—0,3 ccm. Unter 88 Gespritzten sollen nur drei Infiltrate, und dazu noch solche ganz unbedeutender Art, gehabt haben. E. Klemm-Leipzig.

Die intraspinale Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems mittels salvarsanhaltigen Serums von abgestufter Konzentration, von H. S. Ogilvie-New York. (J. Am. m. Ass., 28. Nov. 1914.) Bei einer kleinen Reihe von (15) Fällen hat Verfasser einen Versuch gemacht, die Syphilis des Zentralnervensystems durch die subdurale Injektion von Serum, dem ein bestimmtes Quantum von Salvarsan zugesetzt war, zu behandeln, und hat dabei recht befriedigende Resultate erzielt. Das Verfahren ist den Hauptmomenten nach folgendes: 50 ccm Blut werden sofort nach der Entnahme, welche mittels Mac Ramscher Vakuumnadel geschieht, zentrifugiert, und von dem Serum werden 15 ccm mit dem zu verabreichenden Quantum Salvarsan versetzt; dasselbe ist dabei wie für eine intravenöse Injektion vorbereitet worden, wobei besonders darauf geachtet wird, daß nicht mehr von der Natriumhydroxydlösung hinzugefügt wird, als nötig ist, um eine ganz schwach alkalische Reaktion hervorzubringen; langsames Zuträufeln des Alkalis ist aber zu vermeiden. Salvarsanlösung und Serum sollen bei der Vermischung von möglichst gleicher Temperatur sein. Die Mischung wird gelinde durchgeschüttelt und dann auf 45 Minuten in den Brutschrank bei 37° C gestellt. Hierauf folgt eine halbstündige Inkubation bei 56° C, worauf alsdann so bald als möglich, jedenfalls noch binnen der ersten drei Stunden injiziert wird. Man läßt erst 15 ccm Zerebrospinalflüssigkeit durch die Punktionsnadel ausfließen und läßt dann das Salvarsanserum bei geringem Druck einfließen. Die Salvarsandosis soll nicht mehr als 1 mg betragen; die besten Resultate wurden bei wiederholter Verabreichung von 0,25—0,5 mg erzielt. A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Salvarsan, von J. Janský-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 38.) Die Behandlung betraf vier Fälle. Injiziert wurde intravenös, und zwar anfangs Salvarsan, das in 50 ccm destillierten Wassers gelöst, nach Zusatz der zur Neutralisierung notwendigen Menge von Lauge injiziert wurde, später Neosalvarsan, das in 10—15 ccm destillierten Wassers gelöst war. Die Injektionen wurden sehr gut vertragen; nur ein Fall fieberte einige Tage. Der therapeutische Effekt war gleich Null. Zwei Fälle wiesen Remissionen auf; jedoch trat dieselbe in dem einen Fall nach einer so geringen Dosis auf, daß sie unmöglich durch das Salvarsan bedingt sein konnte, während sie in dem anderen Fall trotz 10 g sehr gering war und nach wenigen Tagen wieder verschwand. Die Wassermannsche Reaktion wurde nie negativ, und auch das Bild des Liquor cerebrospinalis wies keine Besserung auf.

G. Mühlstein-Prag.

Über die Anwendung der Morgenrothschen Kombinationstherapie (Salvarsan, Äthylhydrokuprein und Natrium salicylicum) bei der Syphilis, von Starke-Breslau. (Zschr. f. Chemother., 1914. Bd. 2, H. 2—4.) Eine Kombination von geringen, an sich vollkommen unwirksamen Dosen Salvarsan mit Äthylhydrokuprein und Natrium salicylicum ließ bei der Rekurrensinfektion des Mannes einen gewissen, wenn auch unregelmäßigen und nur vorübergehenden Effekt erkennen. Primäraffekte der Kaninchensyphilis blieben bei einer Kombination mit einer eben nicht mehr wirksamen Dosis Salvarsan in der überwiegenden Anzahl der Fälle nach einer einmaligen intravenösen Behandlung fast unbeeinflußt; kurz nach der Injektion war teilweise eine vorübergehende Verminderung der Spirochäten zu beobachten. Bei der menschlichen Syphilis konnte mit der kombinierten Behandlung bei subkutaner Medikation des Äthylhydrokupreins und Erhöhung der Salvarsandosis von 0,15 auf 0,3 Neosalvarsan ein relativ rasches Schwinden der Spirochäten sowie der sekundären Erscheinungen beobachtet werden.

W. Chrzelitzer-Posen.

Malleus.

Ein Beitrag zur Diagnose und Therapie des Malleus, von Eliasz Noniewicz. (Poln. Ärzte Ztg., 1914, Nr. 20.) Anläßlich der tödlichen Infektion des Dozenten Dr. Droba-Krakau mit Rotz macht der Verfasser aufmerksam, daß niemand auch auf der gründlichsten Kenntnis des Bacilles mallei und seiner Krankheitserscheinungen bei Mensch und Pferd beruhen darf. Der geringste Fehler droht mit der Infektion. Im obigen unglücklichen Falle ist der Gelehrte trotz großer Erfahrung infiziert worden bei der Untersuchung eines Knaben, der unter dem Bilde von Masern mit septischen Erscheinungen dem Spitale eingeliefert wurde. H. Rosmarin-Lemberg.

Bericht über drei Fälle von Rotz, von H. M. M. Woodward und K. B. Clarke-Lewisham. (Lanc., 13. Dez. 1913.) Bei allen drei Fällen war das klinische Bild ein sehr rätselhaftes, und bei dem einen, einen 14jährigen Burschen betreffend, wurde die Diagnose trotz wiederholter bakteriologischer Untersuchungen intra vitam erst aus dem bei der Autopsie am Cerebellum gefundenen Eiter, welcher Rotzbazillen aufwies, gestellt. In dem ersten der berichteten Fälle konnte der B. mallei aus dem Urin kulturell gewonnen werden, nachdem die Blutuntersuchung ein negatives Ergebnis geliefert hatte, und bei dem dritten Fall lieferte der Inhalt eines Abszesses am Bein die endgültigen Beweismomente. Verfasser glauben, daß viele Fälle von Rotz fälschlich als Pyämie und Septikämie geführt worden sind und noch werden. A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Die Ekzemtypen und die Behandlungsarten, von PAUTRIER. (Monde méd., 1914, S. 161.) Das Bläschen ist immer die Elementarläsion des Ekzems. Aber man kann drei Formen Ekzem unterscheiden, je nachdem das Bläschen auf einer gesunden oder höchstens wenig geröteten Haut aufschießt (Ekzema vulgare oder amorphum), oder wenn es auf der Spitze eines kleinen urtikariellen Knötchens erscheint (Ekz. papulovesiculosum) oder wenn es zu einer Dermatose hinzutritt, welche sich von vornherein durch eine gelbrote Färbung und leichte Abschuppung charakterisiert (seborrhoisches Ekzem UNNAS, Seborrhoid bei BROCQ und AUDRY, neuerdings aber von BROCQ Parakeratosis psoriasiforme genannt). Zu diesen klinischen Unterschieden kommen einige ätiologische und vor allem therapeutische Unterschiede. Das Ekzema amorphum schließt alle Gewerbe- und sonstigen artefiziell (chemisch, physikalisch, traumatisch) erregten Ekzeme ein und einen Teil der aus inneren Ursachen entstandenen. Das E. papulovesiculosum bildet konstant rote, nässende und infiltrierte Scheiben, welche die papulovesikulöse Eruption überdauern. Diese Krankheit bildet Nachschübe und juckt heftiger als die erste Form. Ätiologisch ist sie nie von äußeren Ursachen bedingt, sondern von Autointoxikation, alimentären Intoxikationen, von Überanstrengung, Nervenchok — und Undurchgängigkeit der Nieren (imperméabilité rénale!). Die dritte Form, wenn sie zunächst trocken ist, ist der Psoriasis ähnlich, wird aber durch die Ergebnisse des bekannten Kratzversuches getrennt. Sie kann als trockene Form weiter bestehen. In anderen Fällen ist sie entzündlicher und mehr exsudativ und wird dadurch zu einem wahren Ekzem. Klinisch ist dieser Form noch eigen: die Prädilektion für die großen Hautfalten (After, Achsel, retroaurikuläre und submamäre Gegend) und die Bildung scharf umschriebener Plaques längs dieser Falten. Ätiologisch weis Verfasser hierfür nichts anzuführen. Therapeutisch legt Verfasser bei den ersten Formen den größten Wert auf hygienische und diätetische Behandlung, wenn sich in der Anamnese und nach dem Zustand der inneren Organe irgend ein Fingerzeig ergibt. Nahrungsmittel, die nicht ganz frisch sind oder welche leicht Gärung im Darm erzeugen, solche, welche die Nerven stimulieren, sind zu verbieten. Darmentleerung, Diurese, gichtische Veranlagung, Status lymphaticus oder strumosus sind zu beachten. Die äußere Behandlung der BROCQschen Schule bevorzugt im Initialstadium halbfeuchte Verbände mit schwachen Kamillen-Malvenabkochungen: erst eine Kompresse, angefeuchtet, ausgedrückt, dann eine Lage nichthydrophiler Watte, dann wasserdichter Stoff. Man vermeidet so die Mazeration. Bei universeller Ausbreitung hat das Puderbad die besten Erfolge: mit 5—6 kg Talkum in einem Laken. Beginnende Krustenbildung erheischt dabei früh und abends eine Waschung. Im zweiten, nässenden Stadium ist die Pastabehandlung am Platze. Wenn Bläschenbildung und Nässen aufgehört haben, kommt ein schwacher Ichthyol- oder Tumenolzusatz, zuletzt bei Verdickung und Rauhigkeit der Haut Teer an die Reihe. Der rohe Kohlenteer, welcher auf die gereinigte Haut gepinselt und nach einigen Stunden Wartens trocken gepudert wird und so einen 3—4 Tage haltenden Firnis bildet, kann schon im früheren Stadium angewandt werden. Bei der ersten Form spielt die äußere, bei der zweiten Form die innere Behandlung die Hauptrolle. Hierbei wird noch auf den gesteigerten Blutdruck hingewiesen, der sich öfter findet, wobei vor Jod gewarnt wird. Das heftige Jucken erheischt bei nervösen Patienten der Großstadt Wechsel des Milieus. Die kongestive oder urtikarielle Komponente bei dem vesikulopapulösen Ekzem wird manchmal mit Chinin oder Extr. Hamamelis gebessert. Letzteres kann man auch den Zinkpasten zusetzen, ebenso Adrenalin oder Ergotin. Die externe Behandlung des seborrhoischen Ekzems (dritte Form) erfordert

Digitized by Google

von vornherein die schwachen Reduktionsmittel, wie Ichthyol- oder Tumenolpasten. Die erweichenden Mittel oder einfachen Zinkpasten verschlimmern das Übel. Teer, Hydrarg. oxydat. flav. und Argentumpinselungen sind ferner beizeiten zu versuchen.

J. Werther-Dresden.

Das Bläschenekzem, von Lutembacher-Paris. (Monde méd., 5. Juni 1914.) Die Elementarläsion des Ekzems ist das Ekzembläschen; wenn dasselbe nicht immer makroskopisch nachweisbar ist, so läßt es sich noch experimentell produzieren. Bei krustösem Ekzem legt man die nässende Basis frei und bedeckt sie mit einer Kompresse. Unter ihr wird man sehr bald nässende Punkte finden, welche den ihrer Epidermisdecke beraubten Vesikeln entsprechen. Bei trockenem Ekzem benutzt man eine Kürette. Hierbei bedeckt man vorteilhaft die Stelle mit einem Stück Zigarettenpapier, und dieses komprimiert man mit einem Stück Glas. Unter ihm bemerkt man sehr bald das Auftreten kleiner seröser Flecke, welche frei von hämorrhagischer Beimischung sind. Die histologischen Untersuchungen lassen drei Entwicklungsstadien erkennen. Das erste besteht in der herdförmigen Anhäufung interstitieller Serummengen, welche die Epidermiszellen auseinanderdrängen und komprimieren. Die Konfluenz zu einem größeren Raume bildet das zweite und die Eröffnung des Bläschens nach außen das dritte.

H. Vörner-Leipzig.

Ein Beitrag zur Frage des akuten Ekzems mit psychischer Ätiologie, von W. Heise-Landsberg a. W. (Neurolog. Zbl., 1914, Bd. 33, H. 8.) Jeder kasuistische Beitrag, der dazu dienen kann, die Frage zu klären, ob es selbständige akute Ekzeme auf nervöser Grundlage gibt, muß bei der großen Differenz der Ansichten dankbar begrüßt werden. Aus diesem Gesichtspunkt heraus veröffentlicht Heise folgenden Fall: Eine 23jährige, kräftige, gesunde, nach keiner Richtung hin hereditär belastete Pflegerin, die außer leichter Dermographie und leichtem Erröten, keinerlei nervöse Erscheinungen zeigt, wird von drei Geisteskranken plötzlich hinterrücks überfallen; nachdem sie sich von dem ersten Chok erholt, wird sie Herrin über die drei Kranken und hatte abgesehen von einer kleinen Hautschrunde am Finger der linken Hand anscheinend keinerlei Verletzungen. Nach fünfstündigem ruhigem Schlaf erwachte sie mit starkem Brennen im Gesicht, das auch gerötet und geschwollen war und wenige Stunden später bereits das Bild eines klassischen Ekzems mit kleinen Epidermisbläschen mit hellem, dünnflüssigem Inhalt darbot. Das Ekzem steigerte sich in den nächsten Tagen so stark, daß der Mund infolge der schmerzhaften Spannung kaum geöffnet werden konnte, und dehnte sich über die rechte Schulter, beide Vorderarme, das Abdomen und die Innenfläche beider Oberschenkel aus. Am dritten Tage hatte die Erkrankung den Höhepunkt erreicht und bildete sich in den nächsten Tagen so zurück, daß am zehnten Tage die letzten Borken vom Gesicht verschwanden. Es kommt als ursächliches Moment in diesem Falle wohl nur die Wirkung des psychischen Traumas, d. h. der Schrecken über den Überfall, in Betracht.

O. Lasch-Breslau.

Ekzem und innere Erkrankungen, von Matthias Hirschberg. (Petersb. m. Zschr., 1913, Nr. 21.) Zeigt in allgemeiner Besprechung, wie Ekzeme mit inneren Leiden zusammenhängen oder mit ihnen alternieren können. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

R. Frühwald-Leipzig.

Über Ekzem und Neurodermitis im Kindesalter, von Anton Lehnert. (B. kl. W., 1914, Nr. 44.) Verfasser bespricht die Entwicklung des Begriffs der Neurodermitis circumscripta chronica in der Literatur und ihr Verhältnis zum Ekzem und Lichen. Während die in der Literatur verzeichneten Fälle fast ausschließlich Erwachsene betreffen, stellte Verfasser am Material der Frankfurter Hautklinik fest, daß die Affektion auch bei Kindern oft vorkommt. Bei der diffusen generalisierten Neurodermitis der

Digitized by Google

Kinder scheint ätiologisch der Skrofulose eine gewisse Bedeutung zuzukommen. Gegenüber anderer Seite sind mit Teerbehandlung gute Erfahrungen gemacht worden. Besonders wird das Präparat Karboneol empfohlen. E. Klemm-Leipzig.

Zur Behandlung des Formalinekzems, von O. Thilo-Riga. (M. m. W., 1913, Nr. 51.) Als Orthopäde hat Verfasser vielfach Gelegenheit, mit Präparaten, welche in 2—3%iger Formalinlösung aufbewahrt waren, zu hantieren und akquirierte nach achtjährigem Fernbleiben von allen Störungen ein stark juckendes und gegen verschiedentliche Behandlung refraktäres Ekzem der Hände, das erst nach zweimonatiger Behandlung abheilte. Als späterhin Rückfälle eintraten, half sich Th., indem er abends die rauhen Stellen und auch die kleinen Bläschen mit feinem Schmirgelpapier (Nr. 00) einige Sekunden rieb, die wunden Stellen mit Verbandmull bedeckte und Tag und Nacht baumwollene Handschuhe trug. Alles Waschen unterblieb, und in einigen Tagen waren die Hände geheilt. A. Philippi-Salzschlirf.

Einige Bemerkungen über Prophylaxe und Behandlung des Ekzems, von W. Allan Jamieson. (Edinburgh J., November 1913.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. R. Frühwald-Leipzig.

Behandlung des akuten Ekzems, von Gougerot. (Riforma m., 1913, Nr. 46.) In Anbetracht, daß das Ekzem eine allgemeine Intoxikation darstellt, empfiehlt Verfasser neben der lokalen auch eine allgemeine Kur anzuwenden und dabei auf die mehr oder minder latenten dyspeptischen Störungen Rücksicht zu nehmen. Die verschiedenen Rezeptformeln hier wiederzugeben würde zu weit führen; sie können im Original nachgelesen werden. E. Rossen-Wiesbaden.

Die Behandlung des Kinderekzems, von Max Joseph-Berlin. (Zbl. f. Kindhlk., 1913, Nr. 7.) Es führt die bei den Pädiatern meist allein angewendete allgemeine Therapie des Kinderekzems häufig nicht zum Ziele. Die spezielle örtliche Behandlung ist von mindestens der gleichen Wichtigkeit. Vorschläge zu einer rationellen Therapie. O. Valentiner-Leipzig.

Kinderekzem, von Benjamin F. Ochs-New York. (M. Record, 22. Nov. 1913.) Verfasser glaubt die Beobachtung gemacht zu haben, daß die Kinder, die an einem Ekzem leiden, zu denen gehören, die nicht erbrechen, was im allgemeinen bei Kindern sehr häufig ist. Dieses Fehlen des häufigen Erbrechens führt nach Verfasser zu einer Autotoxämie. Aus diesem Grunde pflegt Verfasser schon seit längerer Zeit ekzemkranke Kinder auf eine in der Menge außerordentlich beschränkte Diät zu setzen und wiederholte kleine Dosen Kalomel zu geben. Damit pflegen die meisten Fälle innerhalb einer Woche zu heilen. W. Lehmann-Stettin.

Ferrum sesquichloratum in der Therapie des subakuten und chronischen nässenden Ekzems, von J. Csillag-Budapest. (Bör-ès Bujakórtan, Beilage der Budapesti Orv. Ujsag, 1913, Nr. 3.) Nach dem Betupfen stellte sich in jedem einzelnen Falle intensives brennendes Gefühl ein, das aber bei Anwendung eines Puderverbandes rasch aufgehört hat. Das Jucken hörte sofort entweder gänzlich auf oder gab wenigstens wesentlich nach; das Nässen verschwand sofort nach dem Tamponieren der nässenden Punkte mit Ferrosesquichlorat, so daß der Verband trocken von den kranken Teilen entfernt werden konnte. Aber vollkommene Heilung oder allmähliche Besserung stellte sich nicht in jedem Falle ein. Bei einzelnen bildete sich auf dem Unterschenkel eine zähe Schicht, die bald eintrocknete und beim Gehen Risse auf der Haut hervorrief. Bei liegenden oder sich wenig bewegenden Patienten kann man auch in solchen Fällen mit der in Rede stehenden Behandlung einen guten Erfolg erzielen. Bei anderen entstanden in der Nachbarschaft der schon mit Epithel bedeckten Läsionen neuere. Bei einem großen Teil der Fälle hörte das hartnäckige Nässen auf, und so ist das Leiden

Digitized by Google

geeignet für Anwendung solcher Mittel, die erst nach Aufhören des Nässens angewendet werden können. Verfasser sah in keinem Falle eine reizende oder schädliche Wirkung auf die Haut. M. Porosz-Budapest.

Die Anwendung des Kadogels in der Therapie des Ekzems, von J. Bulyoloszky und B. Mattyasovszky-Mezöhegyes. (Bör-ès Bujakórtan,. Beilage der Budapesti Orvosi Ujsag, 1913, Nr. 4.) Das Kadogel hat sich in erster Reihe bei stark juckendem Ekzem gut bewährt; nach 2—4 Stunden ist das Jucken verschwunden. Bei dem ersten Verbandswechsel klagen die Patienten nicht mehr darüber, nur in sechs Fällen beobachteten die Verfasser, daß es einen Tag länger dauerte. In diesen Fällen war es nach dem zweiten Verbandswechsel gänzlich ohne Rezidiv verschwunden. Schon einen Tag später hörte das Nässen auf, und die Verfasser fanden statt dessen einen Schorf. Kadogel ist auf die Regeneration des Epithels von sehr guter Wirkung und fördert die normale Verhornung der Epidermis; die Verfasser benutzten es in 33 %iger Lösung und stiegen langsam bis 66 %. Reines Kadogel benutzten sie nur ein einziges Mal. Auch in diesem Falle führte es zum Erfolg. Es wird beinahe jedem Falle genügend dick auf die Hautfläche aufgetragen und darauf 1—2 Schichten sterile Gaze gelegt. Den Verband wechselten die Verfasser einmal täglich. In allen 40 Fällen entfaltete es eine rasche und energische Wirkung, ohne jede schädliche und reizende Nebenerscheinungen.
M. Porosz-Budapest.

Steinkohlenteer in der Ekzembehandlung, von A. F. Pliqué. (Bull. méd., 1914, Nr. 51.) Verfasser weist auf die guten Eigenschaften des teilweise in Vergessenheit geratenen Steinkohlenteers hin, der sich namentlich beim Ekzem bewährt. Vor der Applikation muß das erkrankte Gebiet sorgfältigst gesäubert und desinfiziert werden; dann trägt man das Mittel mit einem Pinsel dick auf, läßt es eintrocknen und pudert ein. Die Applikation darf nur auf die kranke Partie beschränkt sein. Zuerst entsteht ein Brennen, das aber bald nachläßt. Zunächst verschwindet das Jucken, allmählich verschwindet die Kongestion, und nach 3—5 Applikationen ist das Ekzem meist geheilt. Treten Blasen auf, ist die Anwendung des Medikaments zeitweise zu unterbrechen. Steinkohlenteer hat sein Anwendungsgebiet bei umschriebenen, chronischen, nicht stark kongestionierten Ekzemen und bei nässenden Ekzemen der Beine. Kontraindiziert ist er bei sehr ausgebreiteter Erkrankung, da man nie mehr als $^1/_8$ der Körperoberfläche mit ihm bedecken soll. Bei Greisen und kleinen Kindern wird das Mittel besser auch nicht verwendet. R. Frühwald-Leipzig.

Eine neue Behandlung des akuten Ekzems, von F. Šamberger-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 9.) Zweckmäßiger als die Einführung neuer Medikamente ist die Vervollkommnung der Applikationsweise der bekannten zahllosen Mittel. Der Verfasser verordnet beim nässenden Ekzem eine 1 %ige wässerige Resorzinlösung in Form von Waschungen oder Bädern. Die Lösung muß so warm sein, als sie vertragen werden kann. Die kranke Partie wird mit einem in die Lösung getauchten Leinwandlappen beklatscht, nicht gewischt, der immer wieder in die heiße Lösung getaucht wird. Hierauf wird ein trockener, luftiger Verband angelegt (2—3 Schichten Hydrophilgaze, die mit einer Hydrophilbinde leicht fixiert werden). Nach 2—3 Tagen ist die Haut trocken. Hierauf wird die Haut mit Unnas Zinkpasta dünn bedeckt, nur einmal bei Tag und nicht auf die Nacht. Verband unnötig oder nur mit Hydrophil bedecken, damit Hyperämie vermieden wird. Kein Puder. Sobald die Haut beruhigt ist (10 Tage) wird mit warmem destilliertem Wasser und überfetteter Seife (Nivea, Paruasia „Medica") gewaschen. Nach dem Bad läßt man die Haut mehrere Stunden trocknen und legt wieder die Pasta auf. Bei impetiginösem Ekzem nimmt S. die Unnasche Zinkschwefelpasta.
G. Mühlstein-Prag.

Digitized by Google

Die Röntgenbehandlung des Ekzems, von Hans Ritter-Hamburg. (Strahlenther., 1913, Bd. 3, Heft 2.) Verfasser, der sich bereits durch mehrere für den Praktiker äußerst wertvolle Arbeiten aus dem Gebiet der Röntgentherapie bekannt gemacht hat, gibt in der vorliegenden, fleißigen Studie einen erschöpfenden Überblick über den heutigen Stand der Ekzemtherapie mit Röntgenstrahlen. Zugrunde gelegt sind dabei vorwiegend die Erfahrungen, die er in dem Kieler Institut für Strahlentherapie unter Hans Meyer und im Krankenhause St. Georg in Hamburg gewonnen.

Im ersten Teile behandelt Ritter die allgemeine Wirkungsweise der Röntgenstrahlen bei Ekzem, er hebt dabei namentlich die juckstillende Eigenschaft hervor, die es zuwege bringt, daß oft das Jucken bereits vor Abheilung des Ekzems verschwunden ist. So kommt es auch, daß die Röntgenbestrahlungen gut bei den symptomatischen Ekzemen herangezogen werden können (bei Diabetes, exsudativer Diathese, Anämie usw.). Allerdings gibt es zweifellos Fälle von chronischem Ekzem, die sich gegen Röntgenstrahlen refraktär erweisen, namentlich bei lymphatischen und anämischen Individuen. Hier erlebt man es aber oft, daß nach der Strahlenbehandlung die vorher unwirksame Salbentherapie plötzlich einschlägt und das Ekzem abheilt, so daß die Röntgenstrahlen auch hier, wenngleich nur indirekten Nutzen stiften. Die günstige Beeinflussung der Ekzeme durch die X-Strahlen hat nach Verfasser ihren Grund in der Einwirkung auf das Epithel. Veränderungen im Epithel in Gestalt von Akanthose und Parakeratose gehören zum Wesen des Ekzems, die Zellen befinden sich in lebhafter Proliferation. Da wir wissen, daß das Gewebe für die Strahlen um so sensibler ist, je mehr es sich in Tätigkeit befindet, so erscheint diese Erklärung der Wirkungsweise der Röntgenstrahlen beim Ekzem sehr einleuchtend. Was die Nebenwirkungen der Röntgenstrahlen anlangt, so kommen hier hauptsächlich lokale Nebenerscheinungen von nicht allzugroßer Bedeutung vor. Es sind dies die Pigmentationen. Verfasser empfiehlt, die Umgebung bei der Ekzembestrahlung nicht abzudecken, weil man so ein allmähliches Übergehen der Pigmentation in die normale Haut erzielt. Übergehend zur Technik warnt Verfasser nachdrücklich davor, die Bestrahlung bis zum Eintritt auch nur eines Erythems zu treiben. Er gibt bei jeder Ekzemform 3 x in Abständen von 10 Tagen. Dreimal 3 x bilden einen Bestrahlungszyklus. Hierauf tritt eine Pause von 3 Wochen ein, alsdann kann der Zyklus von neuem beginnen. Benutzt werden harte Röhren vom Typ B. W. 6 = 10 — 12 Wehnelt. Bei nicht prompt reagierenden Ekzemen und solchen mit starker Hyperkeratose wird zweckmässig ein 0,5 mm dickes Aluminiumfilter dazwischen geschaltet und die Einzeldosis auf 4 x Sabouraud erhöht. Sogenannte prophylaktische Zwischenbestrahlungen lehnt Ritter strikte ab, da die Röntgenstrahlen bei der normalen Haut keinen Angriffspunkt finden. (Ich habe aber gefunden, daß nach einer nochmaligen Bestrahlung, selbst wenn nach Beendigung des ersten Zyklus und nach Ablauf der 3 Wochen das Ekzem völlig geheilt erscheint, Rezidive weniger leicht auftreten, als wenn diese Bestrahlung unterbleibt. Es mag sein, daß doch manchmal noch pathologische Zustände in der Haut schlummern, die grobsinnlich nicht wahrnehmbar sind. Wenn ich nicht irre, befinde ich mich hierin im Einklang mit Wetterer. D. Ref.) Gleichzeitige Behandlung der Ekzeme mit Salben ist bei der Röntgentherapie nicht nur überflüssig, sondern direkt gefährlich. Jedes Medikament bewirkt eine mehr oder weniger starke Reizung der Haut, und es ist nicht erwünscht, daß man diese noch dem Röntgenstrahleneffekt zufügt. Was erlaubt ist, ist eine medikamentöse Vorbehandlung mit 5—8 %iger Salizylvaseline bei tylotischen und hyperkeratotischen Ekzemen. Hinsichtlich der Rezidive ist zu sagen, daß diese nach der Strahlenbehandlung ebenfalls nicht ausbleiben. Es empfiehlt sich, da auch die Röntgenstrahlen zuweilen bei den Rezidiven weniger günstig wirken, alsdann wieder einmal zur

Digitized by Google

Salbentherapie zurückzukehren, zumal die Haut überhaupt nur ein bestimmtes Quantum von Röntgenstrahlen verträgt, so daß es nicht angängig ist, usque ad infinitum zu bestrahlen. Im zweiten Teile wendet sich Verfasser der Besprechung der einzelnen Formen des Ekzems zu und warnt vor der Röntgenbehandlung des akuten Ekzems, weil die Haut da außerordentlich empfindlich ist. Die klassische Domäne der Röntgentherapie ist das chronische, tylotische Handekzem. Ferner das Gewerbeekzem, das meist auch auf der Hand lokalisiert ist. Das dyshidrotische Ekzem der Hand und Fußsohlen reagiert leidlich auf Röntgenstrahlen, ein dankbares Gebiet ist dagegen wieder das Nagelekzem. Auch auf universelle Ekzeme wirken die Strahlen gut ein, haben sie seborrhoischen Charakter, wo sie sich entweder in schuppender, borkiger oder nässender Form zeigen, so sind die Strahlen namentlich bei der letzteren von guter Wirkung, bei den leicht schuppenden hat Verfasser öfter Mißerfolge erlebt. Das seborrhoische Kopfekzem scheint sich auch nicht recht zu eignen, jedenfalls ist große Vorsicht am Platze (2 mal statt 3 mal), weil die Haarpapillen des seborrhoischen Kopfes besonders empfindlich sind. Sehr günstig zu beeinflussen sind die Ekzeme besonders an der Oberlippe, die Übergänge zur Sycosis coccogenes darbieten, ebenso die oft hartnäckigen Ekzeme am Ohr. Intertriginöse und Säuglingsekzeme sind nicht in den Bereich der Röntgentherapie zu ziehen, dagegen spielt die Strahlentherapie wieder bei der Behandlung des perianalen und perivulvären Ekzems eine große Rolle. Wichtig ist dabei die Abdeckung namentlich der Testikel. Am besten bestrahlt man in Rückenlage mit Beinhaltern. Triumphe endlich feiert die Röntgentherapie bei der als Neurodermie bezeichneten Form des chronischen Ekzems, das manchmal jahrelang besteht, mit quälendem Jucken einhergeht und der Salbenbehandlung großen Widerstand entgegensetzt. Ein umfangreiches Literaturverzeichnis bildet den Schluß der klaren und übersichtlichen Arbeit, deren Studium jedem, der sich mit Röntgentherapie beschäftigt, warm empfohlen werden kann.

H. Rausch-Darmstadt.

Die Röntgenbestrahlung des Ekzems, von M. K. Fisher-Philadelphia. (M. Record, 30. August 1913.) Aus einer großen Beobachtungsreihe berichtet Verfasser in aller Kürze 6 Fälle. Er hat stets sehr gute Erfolge gesehen und empfiehlt die Röntgenbestrahlung, wobei er Wert darauf legt, daß mit möglichst weichen Röhren und mit häufig wiederholten, ganz geringen Dosen gearbeitet wird. Die Dosen sind nur in chronischen Fällen etwas zu verstärken. Im allgemeinen komme man ohne jede Reaktion zum Ziel. Er verschweigt dabei nicht, daß in einer großen Zahl der Fälle Rezidive eintraten; daß die Röntgenstrahlen also ebenso wie andere Maßnahmen keine ätiologische Therapie darstellen.

W. Lehmann-Stettin.

Die Röntgenbehandlung des chronischen Ekzems, von Thedering-Oldenburg. (Strahlenther., 1913, Bd. 3, Heft 2.) Verfasser hält ebenfalls die Einführung der Röntgenstrahlen in die Therapie des chronischen Ekzems für einen freudig zu begrüßenden Fortschritt wegen der oft eklatanten Überlegenheit über die Salbenbehandlung. Zur Vorbehandlung empfiehlt Thedering Verbände mit Hebrasalbe und Seifenwaschungen. Während der Bestrahlungskur sind differente Salben streng zu meiden, am meisten geeignet erscheint auch hier wieder das Ungt. Hebrae. Etwaige Röntgenreaktion soll mit 2 %igem Liq. Alum. acet. unter strikter Vermeidung von Seife und Wasser behandelt werden. Während der Bestrahlungskur soll das Reaktionsniveau der Haut auf einer gewissen mittleren Höhe dauernd und gleichmäßig erhalten bleiben, was am besten durch gleichmäßige Verteilung exakt abgemessener Dosen mit Innehaltung bestimmter Bestrahlungsintervalle gelingt. Verfasser beklagt dabei den Mangel eines biologischen Meßverfahrens, um den Grad der in der Haut bereits vorhandenen Röntgenwirkung exakt bestimmen zu können. Seiner Ansicht nach wird die von der Haut aufgenommene

Digitized by Google

Röntgenenergie in den Zellen in erhöhte biologische Tätigkeit umgesetzt, wodurch eine gesteigerte Wärmeproduktion entsteht. Er stellt in Aussicht, durch ein thermoelektrisches Verfahren aus dem Grade der Temperaturerhöhung der Haut nach X-Bestrahlung einen Maßstab für den Grad der erzielten Reaktion gewinnen zu können. Seine Versuche nach dieser Richtung, auf die man mit Recht gespannt sein darf, sollen demnächst veröffentlicht werden. Verfasser schildert dann kurz seine Methode, deren Wert an 50 Krankengeschichten veranschaulicht wird. Mit 2 Thesen, wonach 1. bei chronischem Ekzem mit relativ oberflächlicher Infiltration die Röntgenbehandlung die Methode der Wahl ist und 2. bei inveterierten Fällen, die vielfach mit Salben erfolglos behandelt wurden, die Röntgentherapie absolut indiziert ist, schließt Verfasser seine, namentlich durch die beigefügten Krankengeschichten interessante und instruktive Arbeit.

H. Rausch-Darmstadt.

Röntgenstrahlen bei Ekzem der Hände. Vorläufiger Bericht über die Behandlung chronischer, rezidivierender und hartnäckiger Fälle, von Fred Wise-New York. (New York m. J., 3. Jan. 1914.) Wie schon der Titel der Abhandlung besagt, möchte Wise vor allem die Aufmerksamkeit auf jene hartnäckigen, immer wiederkehrenden und allen therapeutischen Mitteln trotzenden Fälle von Ekzem lenken, die sich meist auf dem Handrücken lokalisieren, wenn sich auch zuweilen auf der Innenfläche der Hände, Vorderarmen, Füßen und anderen Körperstellen ähnliche Herde finden. Wise gelang es in solchen Fällen, mit Anwendung der Röntgenstrahlen dauernde, schon (1—4) Jahre anhaltende Heilung zu erzielen. Die Zahl der Sitzungen betrug 3—18 in Zwischenräumen von 5—8 Tagen, es wurde eine weiche „Riffard-"Röhre mit 2,5—3,5 Ampère und keine andere äußere oder innere Behandlungsart angewendet. Die rasche Besserung, zuweilen schon nach einer Sitzung, und sofortige Behebung des Juckgefühls unter der Röntgenbehandlung stehen in starkem Kontrast zur Fruchtlosigkeit der anderen therapeutischen Maßnahmen. M. Stern-München.

Behandlung der Gesichtsakne mittels der biokinetischen Methode, von Jourdanet. (Lyon méd., 1913, Nr. 50.) Die 26jährige Patientin wurde durch 10 Jahre wegen einer äußerst entstellenden Gesichtsakne umsonst mit den verschiedensten Mitteln behandelt. Verfasser konnte durch die biokinetische Methode eine bedeutende Besserung erzielen. Diese bestand in Regelung der Nahrungshygiene, Massage der Gesichtshaut und Gymnastik der Gesichtsmuskeln. R. Frühwald-Leipzig.

Zwei mit Röntgenstrahlen behandelte und völllig geheilte Fälle von Hyperkeratose, von G. Scaduto-Palermo. (La Radiologia m., 1914, Nr. 4.) In einem Falle war der linke Handteller und die rechte Fußsohle befallen; im anderen war das Leiden auf beiden Handtellern und Fußsohlen lokalisiert. Alle übrigen Behandlungsmethoden hatten sich erfolglos erwiesen; die Röntgenbestrahlung führte in beiden Fällen zur völligen Heilung. K. Rühl-Turin.

Pityriasis rosea Gibert mit gleichzeitiger Entstellung der Finger (Échobrachydaktylie), von Marta Erlichówna. (Gazeta lekarska, 1914, Nr. 10.) Der Fall war insofern interessant, als die Diagnose zwischen Psoriasis und Roseola syphilitica schwankte, außerdem aber dadurch, weil bei diesem Kinde nebenbei eine seltene Entstellung der Finger gefunden wurde. H. Rosmarin-Lemberg.

Dermatitis exfoliativa bei einem Geisteskranken; tödliches Ende, von Robert M. Alexander-Wernersville. (New York m. J., 2. Mai 1914.) Bei dem 39jährigen Patienten (aus Russisch-Polen) trat eine leicht schuppende Eruption zuerst an Brust und Rücken auf, um allmählich beinahe den ganzen Körper zu befallen. Der Urin war um diese Zeit reich an Eiweiß und Granularzylindern. Am behaarten Kopfe, Handtellern und Fußsohlen war der Abschuppungsprozeß kleienartiger Natur. Am sechsten

Digitized by Google

Tag wurden Conjunktivae und Nasenschleimhaut befallen. Unter Behandlung (mit Bismuthum subgallicum, Glyzerin und gesättigter Borlösung) besserte sich das Hautleiden, aber Patient starb am 14. Tage der Krankheit an akuter Nephritis. M. Stern-München.

Hat der Schnuller etwas mit Glossitis exfoliativa zu tun? von Ernst Wodak. (Prag. m. Wochschr., 1914, Nr. 5.) Verfasser hat bei einem Kinde, das nachgewiesenermaßen zeitlebens nie den Schnuller gebraucht hatte, Glossitis exfoliativa beobachtet. Deshalb kann die Behauptung nicht aufrecht erhalten werden, nur Schnuller rufe Glossitis exfoliativa hervor. G. Heymann-Elbing.

Zur Ätiologie der Psoriasis, von Jaerisch-Graudenz. (D. m. W., 1914, Nr. 19.) Verfasser ist es gelungen, sechs Fälle von Psoriasis durch Injektionen von Opsonogen zur Heilung zu bringen, ferner einen Fall von nässendem Ekzem des Gesichts und einen weiteren Fall von Ekzema marginatum. Bei drei Fällen von Psoriasis konnte er keinen Erfolg konstatieren. Er glaubt damit die Ansicht Menzers stützen zu können, daß die Psoriasis ein Hautsymptom konstitutionell-bakterieller Erkrankung ist.

B. Junghanns-Dresden.

Symptome, Diagnose und Therapie der Psoriasis, von Gougerot-Paris. (Bolletino d. Clin., November 1913.) Die aus dem Progrès médical, 1913, Nr. 23, übersetzte Arbeit bringt nichts Neues, und die Aufführung verschiedener Rezeptformeln eignet sich nicht für ein Referat. E. Rossen-Wiesbaden.

Weitere Beiträge zur Cholinwirkung. (Wirkung auf Psoriasis), von Hans Ritter und Tamm-Hamburg. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Ausgehend von der Tatsache, daß das Cholin resp. dessen weniger giftiges Ersatzpräparat Enzytol bei intravenöser Einverleibung auf die Haut eine Wirkung im Sinne einer chemischen Strahlenimitation entfaltet, machten die Verfasser an zehn Psoriasiskranken Versuche. In allen Fällen war eine Wirkung der Enzytolinjektion auf das psoriatische Gewebe vorhanden. Nach 4—6 Infusionen hörte die Schuppenbildung auf, die Psoriasisplaques wurden flacher und blaßten ab. Alsdann trat jedoch ein Stillstand ein, der trotz weiterer Enzytolapplikation zunächst nicht überwunden werden konnte, nur in einem Falle gelang völlige Heilung allein mit Enzytol. Hier wurde allerdings auch die größte Menge: 102 ccm Enzytol einverleibt. Die Verfasser zweifeln nicht, daß auch in allen übrigen Fällen durch das Enzytol sich hätte Heilung erzielen lassen, wenn die Patienten größere Mengen des Mittels vertragen hätten. Dies war jedoch nicht der Fall. Wegen der nicht unbedeutenden Nebenwirkungen (Hitzegefühl, bedrohliche Kollapszustände usw.) ist die Enzytolbehandlung der Psoriasis für die Praxis nicht zu empfehlen. Auch der deletäre Einfluß des Enzytols auf die Spermatogenese, der an drei daraufhin Untersuchten nachgewiesen wurde, schließt das Enzytol bei der Bekämpfung der Psoriasis aus. H. Rausch-Darmstadt.

Verschiedenes.

Berichtigung. In dem Referate über die Arbeit von R. Peters: Die Bedeutung des Mergals für die moderne Syphilistherapie (dieser Band, S. 142, Zeile 24 von oben) soll es statt „W. kl. W." „W. kl. Rundschau" heißen.

Unser Mitarbeiter am Referatenteile Dr. Otto Valentiner, Assistent der dermatologischen Klinik in Leipzig, ist als Oberarzt d. L. bei Tenbrielen (vor Ypern) am 29. Januar gefallen.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. März 1915 | Nr. 11 | Band 60

Über das Verhalten des Salvarsans zu Silbereiweißpräparaten und die kombinierte Behandlung mit beiden Medikamenten.

Von

J. Schumacher, Berlin.

Gelegentlich des Studiums des Verhaltens des Salvarsans zu Quecksilbereiweißlösungen, wie solche Verhältnisse praktisch bei einer kombinierten Kur vorkommen, interessierte es mich festzustellen, ob es nicht möglich wäre, speziell bei Gold- und Silbereiweißverbindungen die betreffenden Metalle kolloidal durch Salvarsan abzuscheiden und ob dies schon bei geringen Mengen, wie sie therapeutisch höchstens in Betracht kommen, gelingt.

In der Tat kann man mit unglaublichen Verdünnungen speziell aus Silbereiweißverbindungen das Metall kolloidal durch Salvarsan bei Anwesenheit einer Spur Alkali abscheiden. Durch diese Beobachtung ist man zu einer äußerst empfindlichen qualitativen und quantitativen Reaktion des unveränderten Salvarsans gelangt.

Schon Treib [1]) beobachtete, daß Salvarsan imstande ist, Sublimat, Goldchlorid, Argentum nitricum und Osmiumsäure zu reduzieren unter Abscheidung der betreffenden Metallniederschläge.

Beispielsweise geben 0,01 mg Salvarsan in 1 ccm mit 2 mg einer Silbereiweißverbindung noch eine teebraune Farbe, ein millionstel Gramm Salvarsan läßt sich noch quantitativ kolorimetrisch bestimmen.

Mit dieser Reaktion läßt sich sehr gut die Zeit bestimmen, wie dies Abelin [2]) mit der von ihm angegebenen Reaktion bereits gezeigt hat, wie lange das Salvarsan unverändert im Blute kreist. Bei Anwendung beider Proben kann man erkennen, ob größtenteils verändertes oder unverändertes Salvarsan vorliegt, was mit der Abelinschen Probe allein nicht möglich ist. Bei einer quantitativen-kolorimetrischen Bestimmung kann man das Serum wahrscheinlich so stark verdünnen, daß seine Eigenfarbe nicht mehr in Betracht kommt und die Fehlerquellen gleich Null sind. Die Verdünnung ist deshalb möglich, da ja noch 0,001 mg Salvarsan pro Kubikzentimeter erkennbar sind.

[1]) Treib, Histologische Veränderungen des Gewebes nach Einspritzungen von Salvarsan. Mh. f. pr. Derm., 1911, Bd. 52. — [2]) D. m. W., 1911, Nr. 19.

Digitized by Google

Qualitativ läßt sich Salvarsan oder Neosalvarsan im Serum sehr schön durch eine Ringprobe erkennen. Unterschichtet man vorsichtig Serum, dem unverändertes Salvarsan zugesetzt ist, mit einer wäßrigen Lösung einer Silbereiweißverbindung[1]), so entsteht an der Berührungsstelle ein tiefbrauner Ring.

Ehrlich hat die Parasitropie des Salvarsans nachgewiesen. Bestände diese auch für die Gonokokken, so müßte man, sofern sie mit Salvarsan in Berührung waren, in ihnen kolloidales Silber in statu nascendi erzeugen können, wenn sie darauf mit einer Albarginlösung zusammengebracht würden. Viele Versuche des Nachweises mißglückten zuerst. Ich nahm daher zu diesem Experiment ein Element, zu dem das Salvarsan ebenfalls eine große Affinität besitzt, die Kerne der Leukozyten. Bringt man einen gewöhnlichen, lufttrocken gemachten Ausstrich von frischem Gonorrhoeeiter in eine 1%ige alkalisierte Salvarsanlösung, zwei Minuten lang, und behandelt das Präparat alsdann mit einer verdünnten Albarginlösung, so kann man konstatieren, daß die Kerne intensiver gebräunt sind als das Protoplasma. Ein ähnliches Verhalten zeigt auch das Pyrogallol, also ebenfalls ein stark reduzierender Körper. Dieser Unterschied der Salvarsanspeicherung in Kern und Protoplasma hat eine chemische Ursache und besteht in einer gewissen Wechselbeziehung zwischen der Reduktionskomponente des Salvarsans einerseits, und den Sauerstofforten andererseits, zu denen in erster Linie die Kerne gehören, wie dies Unna mit seinen genialen histochemischen Methoden, speziell mit seiner RW-Methode, nachgewiesen hat.

Diese Affinität ist eine ganz spezifische, da beispielsweise Phenylhydrazin, das mit Salvarsan ebenfalls kolloidales Silber liefert und wo makrochemisch ein Unterschied zwischen beiden Reaktionen nicht zu erkennen ist, sich mikrochemisch ganz anders verhält. Hier besteht keine Kernaffinität. Worauf dieser Unterschied beruht, soll an anderer Stelle nachgewiesen werden.

Man kann aber auch den Nachweis der Erzeugung kolloidalen Silbers in den Gonokokken direkt führen. Behandelt man einen Ausstrich von frischem Gonorrhoeeiter mit schwach alkalisierter 5%iger Neosalvarsanlösung zwei Minuten lang und bringt nach vorherigem Abspülen eine schwach alkalisierte 1%ige Albarginlösung darauf, so erhält man ein Bild, bei dem die Kerne tief gebräunt sind und die Gonokokken sich durch noch tiefere Braunfärbung deutlich abheben.

Die Feststellung, daß Serum die Reaktion zwischen Salvarsan und Silbereiweißlösungen nicht stört, ja durch seine alkalische Reaktion die

[1]) Beispielsweise mit einer Albarginlösung 1%, der man 2—3 Tropfen 10%ige KOH-Lösung auf 10 ccm zugesetzt hat.

Digitized by Google

chemische Umsetzung geradezu begünstigt, ließ mich daran denken, die Befunde zu einer Chemotherapie der Gonorrhoe zu verwerten, was um so erfreulicher wäre, da wir hier bei einem streng menschenpathogenen Mikroorganismus auf die notwendigen Tierversuche verzichten müssen.

In der Literatur ist verschiedentlich von plötzlichem Verschwinden der Gonokokken nach Salvarsaninjektionen berichtet worden, wenn es auch nicht in jedem Fall zu ersehen ist, ob gleichzeitig Silberlösungen injiziert wurden. Scharff[1]) sah Gonorrhoen bisweilen rascher abheilen bei gleichzeitiger Silbertherapie und Salvarsanapplikation. Ich dachte daran, daß die Erfolge in diesem Falle etwa so zu deuten wären, daß manchmal das im Blute kreisende Salvarsan aus den in der Harnröhrenschleimhaut vielleicht zufällig noch vorhandenen Silbereiweißverbindungen kolloidales Ag freigemacht hat, das seinerseits die Gonokokken abtötete. Unter diesen Voraussetzungen mußte dann beispielsweise Albargin (Gelatosesilber) und Hegonon (Silbernitratammoniakalbumose) ebenfalls durch Salvarsan und Neosalvarsan zu kolloidalem Metall reduziert werden, was in der Tat der Fall ist. Albargin ist daher ebenfalls ein Reagens auf Salvarsan bei der qualitativen Probe, bei der quantitativen ist es seiner Farbe wegen nicht verwendbar. In den Fällen, wo kein Silber injiziert wurde, ist die Besserung wahrscheinlich auf eine Schädigung der Gonokokken durch das Arsen via Leitschiene Salvarsan (Farbstoff) zurückzuführen. Vielleicht lagen auch nur wenig widerstandsfähige Stämme in diesen Fällen vor. Die Schädigung kann aber auch nach Unna durch die hochgradig reduzierende Eigenschaft des Salvarsans bedingt sein, die den von Unna[2]) histochemisch nachgewiesenen Sauerstoffgehalt der Gonokokken herabsetzt, was man experimentell nachweisen kann. Sowohl das Arsen als auch die O_2-Wegnahme müssen die Gonokokken schädigen.

Zur quantitativen Bestimmung kann man eine Verbindung wählen, die man erhält, wenn man zu einer 1%igen Silbernitratlösung so lange wäßrige Eiweißlösung zusetzt, bis sich der entstandene Albuminatniederschlag etwas aufhellt. Die wieder erscheinende Trübung wird durch wenige Tropfen 15%ige KOH in Lösung gebracht. Leider ist diese Verbindung auch im Dunkeln nur begrenzt haltbar, da sie sich unter Braunwerden zersetzt, wodurch sie unbrauchbar wird zur kolorimetrischen Bestimmung. Besser haltbar, wenn auch etwas weniger empfindlich, ist ein Körper, den man erhält, wenn man verfährt wie oben und dann den Niederschlag nur in 10%igem Natriumthiosulfat löst. Selbst aus diesen komplexen Verbindungen wird durch die Salvarsanpräparate noch kollo-

[1]) Briefliche Mitteilung. — [2]) Unna, Tatsachen über die Reduktionsorte und Sauerstofforte des tierischen Gewebes. B. kl. W., 1913, Nr. 13.

Digitized by Google

idales Metall abgeschieden, was naszierender Wasserstoff erst nach längerer Zeit aus diesen Verbindungen vollbringt. Nur Phenylhydrazin und Pyrogallol zeigen ein dem Salvarsan analoges Verhalten. Salvarsan ist daher unseren stärksten Reduktionsmitteln zuzurechnen, worauf auch schon Tarr hingewiesen hat. Silberpeptonverbindungen eignen sich zur quantitativen Bestimmung besser wie obige Verbindung, da sie haltbarer sind. Der Einfachheit halber verwende ich jetzt eine ammoniakalische Silbernitratlösung.

Wenn man bedenkt, daß bei schätzungsweise 13 Litern Blut und einer Salvarsaninjektion von 0,4—0,45 g im Kubikzentimeter Serum noch ca. 0,04 mg Salvarsan vorhanden ist, so ist diese Menge viermal so groß als sie zu sein braucht, um mit 1 mg Ag noch eine teebraune Färbung durch kolloidales Silber hervorzurufen. Es wird also durch 0,04 mg Salvarsan im Kubikzentimeter immerhin noch eine ansehnliche Menge kolloidalen Silbers in statu nascendi in Freiheit gesetzt, fernerhin sind die dazu erforderlichen Silbermengen so gering, daß sie sicher in der Harnröhrenschleimhaut zu erzeugen sind und so erschien die Methode einer therapeutischen Prüfung wohl wert.

Der Versuch einer Chemotherapie mit Neosalvarsan innerlich, Albargin äußerlich mißlang insofern, als keine 100% Resultate zu erreichen waren. Zwei Fällen, die jedoch bemerkenswert sind und deren Krankengeschichte wiedergegeben werden sollen, stehen ebenso viele Mißerfolge gegenüber.

Krankengeschichten.

1. P. S., Unteroffizier, kommt am 27. V. mit geringem Sekret in Behandlung. Ausfluß seit einem Tage. U. I trübe, U. II klar. Gc. +++, Bakterien +, Leukozyten +. Erhält Janetsche Spülungen der Anterior und Posterior mit 1% Ammoniumpersulfat.

28. V., 29. V., 30. V. kein Sekret. Gc. —. Die Abortivkur scheint gelungen zu sein.

1. VI. Sollte bereits gestern früh erscheinen, da er abends vorher reichlich Bier getrunken hatte: Gc. ++. Spülungen mit Ammoniumpersulfat.

2. VI. Gc. —, Leukozyten +, E. +. Vier Stunden volle Blase, kein Sekret.

3. VI. Spärlich Sekret, Gc. —, Leukozyten +, E. +. Nachmittags kein Sekret. Unterläßt die Injektion gegen ärztlichen Rat.

4. VI. Sieben Stunden volle Blase. Gc. ++. Innerlich Jodkali 0,5 g.

5. VI. Gc. —.

6. VI. Da Patient seit einiger Zeit auch wegen frischer Lues in Behandlung steht, wird heute eine Neosalvarsaninjektion 0,45 gemacht. Er erhält außerdem eine Injektion einer schwach alkalisierten Albarginlösung 1:500 in die Harnröhre, die er $^1/_4$ Stunde hält.

7. VI. Gc. —; spärlich Sekret.

8. VI. Gc. —.

13. VI. Wenig Sekret, Präparat fast rein epithelial.

Digitized by Google

17. VI. Etwas Sekret, Leukozyten +, Gc. —, Bakterien —, E. +. Spritzt jetzt mit Ichthyol, 1,0 Bismuth. subnitricum 2,0, Aquae ad 100.

22. VI. Telephoniert heute, daß er seines Dienstes wegen noch nicht habe erscheinen können, er fühle sich absolut wohl und habe keinen Ausfluß mehr.

30. VI. Rein epitheliales Präparat. Auf Alkoholprovokation keine Reaktion.

7. VIII. Vor seinem Ausrücken ins Feld benachrichtigte mich Patient noch, daß er sogar nach Ausschweifungen in venere dauernd gesund geblieben sei, ebenso auf einer Feldpostkarte vom 17. X.

Kurz resümierend, handelt es sich um einen Fall von frischer Gonorrhoe, der mit negativem Erfolg zunächst abortiv behandelt wurde, mit dem bekannten Bild einer solchen Behandlung, Verschwinden des Ausflusses und der Gonokokken, Wiedererscheinen nach Alkoholgenuß. Auf weitere Injektionen verschwanden die Gonokokken wieder, um bei Aussetzen der Therapie wieder zu erscheinen. Nach einer Neosalvarsaninjektion kombiniert mit der Albargintherapie dauerndes Verschwinden der Gonokokken. In diesem Falle ist an dem raschen Erfolg der Salvarsansilberbehandlung möglicherweise ebenfalls die kombinierte Jodkalium-Ammoniumpersulfat-Therapie beteiligt, die ebenfalls sehr günstig in antibakteriellem Sinne wirkt[1]), vielleicht der Erfolg auch beiden Komponenten zuzuschreiben.

2. St., Kellner, kommt am 15. X. mit einem frischen Primäraffekt in Behandlung, der angeblich seit zehn Tagen besteht. Indolente Leistendrüsen, 0,3 Neosalvarsan. Am 23. klagt Patient über dicken gelben Ausfluß aus der Harnröhre. Bei dem Wegnehmen der vorgelegten Watte quillt sehr viel gelber rahmiger Eiter hervor. Mikroskopisch zahlreiche Leukozyten, viel intrazellulär gelagerte Gonokokken. Auf Befragen gibt Patient wiederholt bestimmt an, daß der Ausfluß seit sieben Tagen bereits bestehe. Er sei gleich am Tage nach der Salvarsaninjektion aufgetreten. U. I stark trübe, U. II klar. Erhält Neosalvarsan, 0,45 g. Darauf sofort eine schwach alkalisierte Albargininjektion 1 : 1000 in die Harnröhre, die er 15 Minuten hält. Alsdann wurde das Albargin aus der Harnröhre gelassen und darauf eine 1%ige Neosalvarsaninjektion injiziert und diese fünf Minuten gehalten. Zu Hause spritzte er lediglich mit Kokain 1 : 150.

Schon am nächsten Tage soll sehr wenig Ausfluß vorhanden gewesen sein, wie auch das geschickte Präparat ergab. Leukozyten: spärlich, unscharf, reichlich, E.-Bakterien —, Gc. —. Nach drei Tagen konnte Patient überhaupt kein Präparat mehr machen. Am neunten Tage nach der Therapie erschien er wieder in der Sprechstunde. Präparat zu machen gelingt nicht, ein Morgenpräparat einer spärlichen Sekretion ergibt viel Schleim, E. +, Leukozyten sehr spärlich. U. I absolut klar, wenig Fäden, U. II klar. Mikroskopisch bestehen die Fäden aus Leukozyten ohne Gonokokkenbefund. Wird gesund entlassen. Nach Provokationen und inzwischen vollzogenem Koitus gesund geblieben.

In diesem Falle gibt es nur eine Erklärung für die eingetretene Heilung. Es kann nur die kombinierte Salvarsansilbertherapie für den

[1]) Des mangelnden Raumes wegen kann ich auf die chemischen Verhältnisse hier noch nicht eingehen.

Digitized by Google

therapeutischen Effekt verantwortlich gemacht werden, da eine Neosalvarsaninjektion von 0,3 in der Inkubationszeit den Ausbruch der Gonorrhoe nicht verhüten konnte. Nach neueren Untersuchungen, die ich auf Veranlassung Unnas unternommen habe, kommt der externen Kombination von Salvarsan und Albargin ebenfalls ein erheblicher Effekt zu. Den Erfolg der Albargininjektion allein zuzuschreiben, ist aus folgenden Gründen nicht gut möglich. Unter weit über 100 abortiv mit 1% iger Albarginlösung behandelten frischen Gonorrhoefällen ist mir kein einziger Fall bekannt, indem mir die Abortivkur lediglich durch eine einzige urethrale Albargininjektion von 1 : 1000 gelungen wäre, zumal, wenn der Ausfluß länger als vier Tage bestand. In acht unter 79 zusammengestellten Fällen, bei denen der Ausfluß bereits seit drei Tagen bestand, gelang es nur in einem Falle noch, die Gonorrhoe abortiv zu beseitigen, Tatsachen, die ja längst bekannt sind. In den nicht abortiv verlaufenen Fällen war insofern ein gewisser Einfluß des Salvarsans auf den gonorrhoischen Prozeß unverkennbar, als der Urin am Tage darauf meist bedeutend klarer war.

Die aufgefundenen Relationen zwischen Silbereiweißpräparaten und Salvarsan bieten aber auch Aussicht auf eine wirksame Bekämpfung anderer Krankheitszustände, beispielsweise Allgemeininfektionen, bei denen wir jetzt schon kolloidales Silber verwenden, dessen Wirkung wahrscheinlich, wie bei allen in statu nascendi entstehenden Körpern, auch hier erheblich größer sein wird, so daß die Dosen wahrscheinlich verkleinert werden können. Es sei darauf hingewiesen, daß wahrscheinlich mit dieser kombinierten Methode auch arsenfeste Spirochätenstämme beeinflußt werden können, besonders wenn man bedenkt, daß man auf diese Weise auch kolloidales Gold in den Bakterien entstehen lassen kann und die Arbeiten einiger Autoren, vor allem Brucks, eine deutliche Beeinflussung der Spirochäten durch Goldsalze erkennen lassen. Praktisch anwendbar ist die Methode sicher, da nur geringe Mengen Salvarsan und Milligramme einer Silbereiweißverbindung dazu nötig sind und die Silbersalze nach Kobert nicht gerade Gifte sind.

Kaninchen vertrugen subkutan ohne irgend einen Schaden 50—100 mg Albargin; auch eine kombinierte intravenöse Anwendung, 20 mg Altsalvarsan, 20 Minuten später 20 mg Albargin, schadet ihnen nichts. Auf den Menschen berechnet sind das Dosen von ca. 1 g Salvarsan und 1 g Albargin. 1 mg Salvarsan und 1 mg Silbereiweißlösung geben eine solche Menge kolloidalen Silbers, daß die Lösung bei 2 ccm Flüssigkeit noch tief schokoladebraun ist.

Für die Therapie ist jedoch noch folgende Tatsache von Bedeutung. Sowohl ammonialkalische Silbernitratlösung als auch sämtliche alkalisierten

Digitized by Google.

Silbereiweißverbindungen liefern mit Salvarsan und Neosalvarsan sofort kolloidales Silber. Nach unseren experimentellen Feststellungen[1]), daß langsam naszierenden Desinfektionsmitteln ein höherer desinfektorischer Effekt zukommt, war ich bemüht, nach Möglichkeit auch das kolloidale Silber langsam entstehen zu lassen. Es gelingt dies sehr schön, wenn man zu schwächeren Alkalien greift, am besten mit Natrium bicarbonicum. Und solche Verhältnisse, schwach alkalische Lösungen sind gerade im Blut vorhanden.

Versetzt man 10 ccm einer 1 ‰ igen Albarginlösung, der man einige Tropfen 15 % iges KOH zugesetzt hat, so fällt sofort alles kolloidale Silber aus, wenn man eine 1 % ige Salvarsan- oder Neosalvarsanlösung hinzufügt. Alkalisiert man aber die Albarginlösung mit einem einzigen Tropfen einer 10 % igen $NaHCO_3$-Lösung, so entsteht das kolloidale Silber langsam.

Gonorrhoische Komplikationen, bei denen schon das fertige kolloidale Silber nennenswerte Erfolge aufweist, gehören wohl auch in das Indikationsgebiet. Es wird mit der erwähnten Methode leichter sein die Gonokokken zu schädigen als bloß mit kolloidalem Silber. Sie werden durch das Salvarsan „angefärbt". Injiziert man alsdann geringe Mengen einer Silbereiweißverbindung intravenös, so entsteht das kolloidale Silber in statu nascendi im Bakterienleib selbst.

Kurz resümierend dürfen wir uns dahin zusammenfassen, daß die Salvarsanpräparate die Fähigkeit haben, mit unglaublich starken Verdünnungen von Silbereiweißlösungen (zum Teil auch mit den entsprechenden Goldpräparaten) kolloidales Silber in statu nascendi zu liefern.

Zweckmäßig bedient man sich des Albargins[2]), das bei Anwesenheit einer Spur Alkali mit Salvarsan reichlich kolloidales Silber zu liefern imstande ist.

Nachdem ich den Nachweis geführt habe, daß es gelingt, durch Vorbehandlung mit Salvarsan und Nachbehandlung mit Albargin kolloidales Silber in statu nascendi in den Gonokokkenleibern zu erzeugen, so ist es der nächstliegendste Versuch, durch kombinierte intravenöse Einführung beider Medikamente die Gonorrhoe in günstigerem Sinne zu beeinflussen. Da das Salvarsan jedoch als solches zur Erreichung dieses Zieles entbehrlich ist, besonders sein Arsengehalt, und wir schließlich auch nicht berechtigt sind, bei einer einfachen Gonorrhoe ein immerhin nicht indifferentes Präparat wie das Salvarsan anzuwenden, beschäftige ich mich zurzeit mit einem Ersatz desselben durch ein ungiftigeres Präparat.

---

[1]) D. m. W., 1914, Nr. 51. — [2]) Albargin 1,0, Liqu. Natrii bicarbon. 10%, 7,0 Aquae ad 1000.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Dezember 1914, Bd. 21, H. 12.

Pagets Disease an der Wange, von R. Polland-Graz. Die unter dem Namen der Pagetschen Krankheit an der Brustwarze bekannte Affektion, kommt gelegentlich auch an anderen Regionen vor. Hier bildete sich dieselbe an der Wange einer 61jährigen Frau. Das klinische Verhalten wie das histologische Bild waren typisch.

Über die Wirkung des Yohimbin-„Spiegel" auf die Nieren, von E. Christeller. Die Arbeit beschäftigt sich mit einer seinerzeit von Hübner gefundenen Nebenwirkung des Präparats auf die Niere eines Kaninchens, nämlich Fettniere. Der Verfasser findet nur bei seinen Versuchstieren die sog. physiologische Fettinfiltration, welche nur die Steigerung der Funktion bedeutet, weiterhin hält er die von Hübner gewählte Dosis für ungewöhnlich hoch, jedenfalls die aphrodiasiastisch wirkende Dosis um ein Vielfaches übertreffend, wozu noch kommt, daß bei der üblichen Dosierung weder in der humanen noch in der veterinären Therapie Nierenschädigungen beobachtet werden konnten.

Zur Salvarsantherapie des Ulcus molle, von E. Hoffmann-Bonn. Verfasser wendet sich gegen den Vorschlag von Müller, wegen der häufig eintretenden Mischinfektion von Syphilis und Ulcus molle in jedem Falle eines solchen Salvarsan prophylaktisch anzuwenden. Erstens kommt Ulcus molle noch häufig genug für sich allein vor. Dann ist auch bei Mischinfektionen die Diagnose der Krankheitserreger stets rechtzeitig genug möglich, so daß eine Abortivkur eingeleitet werden kann. Schießlich widerläuft ein solcher Rat dem Interesse der Kranken und der Ärzte.

H. Vörner-Leipzig.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1914, Bd. 120, H. 4.

Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zum Studium der kutanen Leukämie, der fibro-epithelioiden Polylymphomatosen (Hodgkinsche Krankheit) und der Mycosis fungoides, von G. Marini-Pavia. Der Verfasser beschäftigt sich zunächst mit einer Einteilung der Hautmanifestationen und zwar in solche mit neoplastischem, mit nichtneoplastischem und gemischtem Typus, welche entweder auf dem Boden einer leukämi- oder aleukämischen Lymphadenie entstehen. Der 1. Fall betrifft einen 26jährigen Bauer, bei welchem im Blute eine sehr hohe Zahl von weißen Blutkörperchen mit Vorherrschen der Mononukleären bestand. Eine ausgesprochene Lymphadenie erwies sich als tuberkulös. Pruritus und Eosinophilie fehlten. Als Hauptmanifestation bestand eine Purpura. Der 2. Fall hat den gleichen Blutbefund. Die Lymphadenie ist chronisch, während im Organismus rezent-tuberkulöse Prozesse nachweisbar sind. Auf der Haut entwickeln sich zuerst ekzematoide, juckende, an Prämykose erinnernde Formen, welche sich zeit- und stellenweise zurückbilden. Gleichzeitig besteht Eosinophilie und Pruritus, welche unabhängig von den Hautveränderungen sind, da sie auch nach deren Verschwinden noch anhalten. In einem späteren Stadium entwickeln sich Blasen, in deren Flüssigkeit ebenfalls viel eosinophile Zellen anzutreffen sind. Dieselben fehlen in den Lymphdrüsen. Ein 3. Fall litt an einer Polyadenopathie und einer mäßigen pruriginösen Affizierung der Haut in Form von kleinen Papeln. Seine tuberkulöse Belastung ergibt sich durch die Tuberkulinprobe, die vielfach follikulär und

Digitized by Google

extrafollikulär sitzenden Papeln erinnern an Formen von Toxituberkuliden. Im Blut relative Mononukleose und leichte Eosinophilie. In der Haut perivasale, subakut-entzündliche Infiltration, besonders perifollikulär. Die Beziehungen zur Tuberkulose lassen sich dahin zusammenfassen, daß es Formen gibt, bei welchen der tuberkulöse Ursprung durch den mit den gewöhnlichen Methoden erzielten Nachweis von Bazillen in den Drüsen erhärtet ist; weiter solche, bei welchen der Kochsche Keim nur durch den Tierversuch erweisbar ist; ferner solche, bei welchen nur lokalisierte Tuberkulose an anderen Stellen oder Tuberkulinreaktion vorliegt, und schließlich Formen, bei welchen alle verdächtigen Momente fehlen. Ein 4. Fall ist ein reaktiver Drüsenprozeß von chronischem, nicht fieberhaftem und nicht schmerzhaftem Verlauf, mit Perioden spontaner Progression und Remission. Diese indurative Adenie bewirkt schließlich einen fortschreitenden Verfall, einen Intoxikationsmarasmus. Auf der Haut pruriginöse Reaktion, im Blute Produktion von mononukleären Elementen und von Erythrozyten, die mit azidophilem Materiale beladen sind. Der Drüsenprozeß repräsentierte ein lympho-epitheloides Granulom mit Degenerationsherden und polynukleären azidophil-granulierten Lymphozyten. Ein 5. Fall zeichnet sich durch ein gewöhnliches Blutbild, das Fehlen tuberkulöser Läsionen, das Vorhandensein von chronischen indolenten mobilen Drüsentumoren aus. An den Drüsen histologisch eine fortschreitende Bindegewebshypertrophie mit reichlichen epitheloiden Zellen, reichlichen neutrophilen, eosinophilen, polynukleären und einzelnen eosinophilen, mononukleären Elementen und Stellen mit azidophil-reagierendem Detritus. Ein 7. Fall betrifft eine Mycosis fungoides, welcher zur Erläuterung der Beziehungen und Differenzpunkte Veranlassung gibt. Ein Diagramm, welches die leukämischen Zustände in ihrer Abhängigkeit von den verschiedenen Ursachen graphisch darstellt, beschließt die Arbeit.

Gonokokkenabszeß am linken Oberarm (Vakzin- und Serumbehandlung), von J. Reenstierna-Stockholm. Bei einem Patienten mit frischer Blennorrhoe treten schon am folgenden Tage Schmerzen über dem linken Schultergelenk auf, welchen bald ein Abszeß folgt. Derselbe wird 14 Tage später inzidiert, wobei sich Gonokokken in der Abszeßflüssigkeit finden. Am dritten Tage nach der Operation Fieber, welches drei Wochen anhält, schließlich macht sich noch eine Nachoperation eines über dem ersten gelegenen Herdes notwendig. Gonargin war ohne Einfluß, autogenes Vakzin anscheinend günstig für das Infiltrat, später ein polyvalentes Antigonokokkenserum.

Über Phlebitis zoniformis ectatica und den Zonalismus, von H. Vörner-Leipzig. Der eigenartige Fall betrifft einen Knaben, bei welchem sich in einem Zeitraume von fünf Jahren innerhalb eines bestimmten Terrains zirka kirschgroße dunkelblaue Gefäßknoten entwickeln. Histologisch handelt es sich um einen entzündlichen Prozeß, welcher sich lokal an einer Hautvene lokalisiert und zur Bildung einer kugeligen Ektasie führt. Aus dem Blute, welches den Knoten erfüllte, ließ sich ein anärober Staphylokokkus züchten, welcher für die direkte Entstehung verantwortlich gemacht werden kann. Die Knoten entwickelten sich im Ausbreitungsgebiete des dritten und vierten Spinalnerven und zwar im pektoralen Teile, während der dorsale frei blieb; hierbei trat der erste Knoten in der Achselhöhle auf, während die folgenden immer mehr nach vorn zu sich entwickelten, bis die Erkrankung in der Mittellinie aufhörte. Verfasser sieht Beziehungen zu dem gelegentlich beschriebenen Vorkommen von gewissen Exanthemen in Segmenten. Er bezeichnet diese Erscheinung als Zonalismus.

Die Gilchristsche Krankheit (Blastomycosis americana) und ihre Beziehung zu den in Europa beobachteten Hefeinfektionen, von Robert Otto Stein-Wien. Der Patient, welchen Stein beobachtete, hatte sich die Affektion aus Brasilien mitgebracht. Die Hautveränderungen betrafen das Gesicht und die Mundschleimhaut und

Digitized by Google

boten der Diagnose Schwierigkeiten, bis sich in der Haut der Submentalgegend ein furunkelartiges Knötchen entwickelte, welches im Eiter die typischen Parasiten oft in Sproßform enthielt. Von Impfungen gelangen solche bei zwei Affen subkutan und bei Kaninchen testikulär. Die Kultur ergab auf festen und flüssigen Nährböden ein feines Myzel mit kugeligen Ektosporen. Diese erschienen durchschnittlich kleiner als die Formen im Gewebe, welches den üblichen Riesenzellencharakter aufwies und diese wiederum kleiner als die Hefekugeln im Eiter.

Zellteilung in kultivierter Haut und Kornea, von K. Kreibich-Prag. Hierbei ist ein physiologischer Typ zu beobachten, wobei das neue Kerngebilde ein gleich beschaffenes Chromatinnetz wie der Mutterkern aufweist. Übergänge führen zu einer pathologischen Teilung. Das Chromatin geht vom Protoplasma gefolgt fadenförmig in den neuen Kern über, um welchen sich in runder Form das Protoplasma der neuen Zelle lagert. Schon jetzt kann es zu einer Zellanlage kommen, es kann vom Tochterkern das Chromatin eine weitere Zelle bilden, oder es kann der vom Protoplasma umkleidete Chromatinfaden seitlich sprossen und an den Enden zur Bildung neuer Zellen führen. Der Teilungsvorgang erstreckt sich öfters über mehrere Epithelzellen. Es kann aus der Mutterzelle ein einziger kurzer Chromatinfaden austreten, dessen knopfförmiges Ende zum Kern einer der Mutterzelle unmittelbar aufliegenden Tochterzelle wird.

H. Vörner-Leipzig.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Juni 1914.

1. Beitrag zum klinischen und histologischen Studium der Acanthosis nigricans in Verbindung mit einem Pulmonalkrebs, von Petrini de Galatz-Bukarest. Die meisten bisher beschriebenen Fälle von Acanthosis nigricans fanden sich mit einem Tumor des Abdomens kombiniert. Im vorliegenden Falle starb der 46jährige Patient an einem Lungenkarzinom. Bei der Sektion war das Abdomen völlig frei von Tumor. Verfasser lehnt daher die Auffassung der Acanthosis nigricans als Folge einer Ernährungsstörung der Haut, bedingt durch den Druck einer Abdominalgeschwulst auf den Plexus solaris oder die Nebennieren, ab, und denkt eher an eine Autointoxikation durch das Neoplasma, das vielleicht andere Eigenschaften habe als die zahlreichen, nicht mit Akanthosis kombinierten Abdominaltumoren. Darauf weise vielleicht der auffallend reiche Gehalt an Mitosen und Pigment des Lungenkarzinoms in seinem Fall hin.

2. Sarkoide und Syphilis. Notwendigkeit einer Revision der Sarkoidgruppe, von L. M. Pautrier. Eine 24jährige Frau zeigt ein klinisch und histologisch typisches Boeckssches Sarkoid der Nase. Wassermannsche Reaktion stark positiv. Auf 0,2 g Neosalvarsan deutliche Besserung. Zugleich fand man bei genauerer Inspektion charakteristische Syphilide am rechten Vorderarm und den Schenkeln. Bei weiteren Neosalvarsandosen völlige Rückbildung aller Erscheinungen.

Ein seit zwei Jahren wegen einer Lungenspitzenaffektion behandelter 35jähriger Mann zeigt zwei, seit sechs Monaten langsam wachsende Knoten am linken Oberarm, histologisch und klinisch typische Darier Roussysche Sarcoides hypodermiques, und auf dem linken Schulterblatt einen typischen, erweichten, durchgebrochenen Skrofulodermaknoten. Dieser wurde kürettiert; der Patient verschwand, kam aber zwei Jahre später wieder zur Beobachtung. Über dem linken Schulterblatt fand sich eine glatte Narbe, das eine, obere Sarkoid am Arm war gleich geblieben, das untere dagegen hatte sich zu einem mächtigen, derben, bis auf den radiologisch intakten Knochen reichenden Infiltrat ausgedehnt, in welchem sich zudem an 7—8 Stellen erweichte, zum Teil durch-

Digitized by Google

gebrochene Knoten fanden. Da solche gummöse Ulzerationen bei Sarkoid nicht vorkommen, wurde durch Maltoseimpfungen nach einer Mykose und durch die Wassermann-sche Reaktion nach Syphilis geforscht. Die Kulturen blieben steril, die Wassermannsche Reaktion war stark positiv. Durch zwei Kuren mit je 15 Injektionen von 0,01 g Hg benzoicum völlige Heilung. Der Patient wußte nichts von akquirierter Lues und bot keine Zeichen hereditärer. Seine Mutter hatte drei Fehlgeburten.

Verfasser betrachtet die Erscheinungen dieser beiden Fälle nicht als Kombination von Tuberkuliden mit Syphilis, sondern als einheitliches, luetisches Krankheitsbild; möglich, aber unwahrscheinlich sei auch eine Infektion mit noch unbekannten Bakterien. Die Sarkoide können also gelegentlich gummös erweichen. Sie können bei Menschen mit positiver WR vorkommen und auf Salvarsan heilen, während sie in anderen Fällen bei negativer WR sich finden und auf Salvarsan nicht reagieren. Sie dürfen daher nicht mehr ausschließlich zu den Tuberkuliden gerechnet werden, sondern sind als besonderer Symptomenkomplex zu betrachten, der verschiedene Ätiologie haben kann. Die histologisch tuberkuloide Struktur der Sarkoide verliert ihre Spezifität und ist ein neues Beispiel der völligen Analogie luetischer und tuberkulöser Affektionen.

Juli 1914[1]).

1. Histologische Studie einer Lentigo, von Ch. Du Bois-Genf. Ein linsengroßes, langsam gewachsenes, braunschwarzes Knötchen vom Halse einer 43jährigen Frau bestand histologisch aus breiten, dem gewucherten Papillarkörper aufsitzenden Epithelsträngen mit massenhaft Melanin in ihren Zellen. Die Talgdrüsen unter und in der Umgebung dieser Epithelwucherung waren sehr zahlreich und hypertrophisch, mit erweiterten zystischen Ausführgängen, deren Zellen von da, wo sie mit der Epidermis zusammenstießen, ebenfalls reichlich Pigment enthielten. In der Kutis fand sich wenig, wohl von der Epidermis her resorbiertes Pigment, geringe entzündliche Erscheinungen und nirgends Nävuszellen. Primär lag wohl eine Talgdrüsenhypertrophie vor, die als Wachstums- und Pigmentbildungsreiz auf die Epidermis wirkte, so daß diese Lentigo eher als ein Adenoma sebaceum pigmentosum congenitum aufzufassen wäre.

2. Drei Jahre antisyphilitische Arsentherapie an der Clinique vénéréologique de l'Antiquaille in Lyon, von J. Nicolas und H. Moutot. 9000 Injektionen, ausschließlich intravenös, von Salvarsan in alkalischer, Neosalvarsan in konzentrierter und Galyl in etwas verdünnterer wäßriger Lösung. Ohne Wichtigkeit ist der Wasserfehler. Gegen Syphilis sind augenblicklich die drei Arsenpräparate das beste Mittel. Salvarsan scheint etwas wirksamer als Neosalvarsan. Heilwirkung tritt sehr rasch ein bei allen Erscheinungen florider Syphilis; Tabiker zeigen sehr oft bedeutende Besserung, progressive Paralysen dagegen nicht. Wichtig ist die Behandlung Gravider zur Verhütung von Fehlgeburten. Völlige Sterilisationswirkung ist nur bei ganz früh zur Behandlung kommenden Fällen möglich. Gegen andere Dermatosen ist die Heilwirkung der Mittel gering. Die drei Substanzen besitzen eigene Giftwirkung: zwei Todesfälle; mehrfach komatöse Zustände, zum Teil mit epileptoiden Anfällen; vorübergehender Kopfschmerz, Beklemmung, Diarrhöen, Erytheme, darunter dreimal eine allgemeine Erythrodermie exfoliante; Abmagerung; Pigmentation; auch einzelne Fälle von Herxheimerscher Reaktion und von Neuritiden sprechen die Verfasser als Arsentoxinwirkung an. Kontraindikationen sind selten (hohes Alter, schwere nervöse Störungen, Bulbärsymptome, Diabetes, Lungentuberkulose, Leberaffektionen). Die Behandlung kann, da wir ein sicheres Zeichen endgültiger Heilung nicht besitzen, nicht nur auf eine Kur beschränkt

[1]) Weitere Nummern dieser Fachzeitschrift sind bis jetzt nicht erschienen. D. R.

Digitized by Google

werden, sondern muß eine chronisch intermittierende, mit Quecksilberkuren kombinierte sein.

3. Beitrag zum chemischen Studium der Vernix caseosa, von Louis Julien. Um der Frage näher zu kommen, ob Vernix caseosa ein normales Epithelzellenprodukt (Unna) sei, oder ein pathologisches Talgdrüsensekret als Folge eines intrauterinen Status seborrhoicus (Jacquet), wurde Vernix caseosa der talgdrüsenfreien Handteller und Fußsohlen getrennt von der Vernix des übrigen Körpers untersucht. Der stärkere Wassser- und geringere Fett- und Eiweißgehalt der palmo-plantaren Vernix spricht zugunsten der Jacquetschen Theorie, der an beiden Orten gleich große und sehr hohe Cholesteringehalt im allgemeinen mehr für ein Epidermiszellprodukt. W. Lutz-Basel.

The urologic and cutaneous Review.

Juni 1914.

1. Über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Neosalvarsan. Eine Arbeit über 4560 serologische Untersuchungen bei 1152 intravenösen Salvarsan- und Neosalvarsaninjektionen und 776 Fällen von Syphilis, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. Von den fast vier Jahren der Salvarsanära gehörten beim Verfasser wie bei den meisten Forschern die ersten 2—2½ Jahre der Feststellung der Wirkungsweise des Salvarsans und der Beobachtung, ob und wie weit dasselbe dem Hg und den übrigen bisherigen antisyphilitischen Mitteln überlegen sei; in den letzten 12 bis 18 Monaten wurde besonders darauf geachtet, ob und wie weit das Neosalvarsan, das infolge seiner leichteren Löslichkeit und besseren Verträglichkeit sich schnell viele Anhänger erworben hatte, dem Altsalvarsan an Wirksamkeit gleich käme, oder es überträfe. Der Verfasser meint, daß in diesen Fragen, wie in der Politik und der Religion eine Übereinstimmung der Meinungen nicht zu erzielen sei, wenn auch wohl allgemein zugegeben würde, daß das Arsenobenzol ein enorm schätzenswertes und wertvolles antisyphilitisches Mittel sei. Ohne sich — soweit das möglich ist — in die Wiedergabe der Literatur sehr einzulassen, berichtet Heidingsfeld zumeist nur seine eigenen Erfahrungen. Er hält dieselben besonders schwer in die Wagschale fallend, weil er ungleich der überwiegenden Mehrzahl der anderen Forscher von der ersten Salvarsaninjektion an das Mittel fast ausnahmslos ohne Kombination mit anderen in Anwendung brachte, um dasselbe durch seine alleinige Wirkung stehen oder fallen zu lassen. Auf diese Weise erschienen ihm seine Erfahrungen wissenschaftlicher; die Ergebnisse waren befriedigend, und er konnte zum Vergleiche seine fast 13jährigen (?) serologischen Beobachtungen bei nur mit Hg behandelten Fällen heranziehen. Bevor er seine Erfahrungen mitteilt, betont der Verfasser mit Emphase, welch immense Bedeutung nach seiner Ansicht der Wassermann-Reaktion, d. h. der zuverlässig ausgeführten, zukommt; dieselbe ist für ihn bei der Behandlung der Lues Orakel und Mentor und in ihrer Bedeutung kaum weniger wichtig als das Salvarsan. Heidingsfeld hat für die vorliegende Arbeit nur Material aus der Privatpraxis genommen, und es ist ihm gelungen, von 776 Fällen 75% genügend oft und genügend lange serologisch und klinisch — auf letzteres legt er fast gar keinen Wert — beobachten zu können. Es wurden nur intravenöse Injektionen gemacht, und, wenn irgend angängig, in Dosis von 0,6. In jedem Falle wurde vor der ersten Injektion eine WR gemacht, und dann alle 30 Tage, bis die Reaktion negativ war und 60—90 Tage blieb; dann wurde die Reaktion nach 60 Tagen, bei weiterem negativem Befunde nach 90 Tagen, in 4, 6 Monaten, 1—2 mal im Jahre wiederholt. Die Zahlen der Heilungen und Prozentsätze der Mißerfolge können hier nicht wiedergegeben werden; es sei nur erwähnt, daß der Verfasser fand, daß bei Fällen, die — bisweilen ein Dezennium — mit Hg behandelt noch positive WR zeigten — in 12%

Digitized by Google

die Erfolge günstiger waren, als bei den unbehandelt, ganz frisch zur Salvarsanbehandlung gekommenen. Er schiebt das weniger auf die Wirkung der Hg-Präparate als darauf, daß diese ersteren, schon lange zurückliegenden Fälle mehr indolenten Charakter gehabt hätten. Während im ersten Jahre seiner Beobachtungen der Verfasser glaubte, so oft als möglich die größte eben tolerierte Dosis anwenden zu sollen, versuchte er es dann mit häufigeren geringen Mengen, bis er auf Veranlassung von Ehrlich wieder zu großen Dosen zurückkehrte. Jetzt glaubt er, daß die Spirochäten sehr schnell eine Immunität gegen das Salvarsan (ähnlich wie gegen Hg) erwürben, und daß man bei diesen resistenten Fällen auch mit gehäuften großen Dosen nichts ausrichte, daß aber der Wechsel von 914 gegen Salvarsan und umgekehrt oft ausreiche, um zum Erfolge zu kommen. Maßgebend ist, wie oben erwähnt, für den Verfasser nur der Ausfall der WR, wie er nochmals ausführlich aus seinen Erfahrungen begründet; eventuell gibt er eine provokatorische Salvarsaninjektion und untersucht am 1. und 17. Tage nach dieser. Ist die WR auch dann negativ, so registriert er (beim Fehlen klinischer Symptome und vorher negativer Reaktionen) den Fall als geheilt und gibt den Heiratskonsens. In letzter Zeit beginnt Heidingsfeld die Behandlung mit Neosalvarsan als dem besser vertragenen Präparat und wechselt, wenn er mit diesem nicht zum Ziele kommt, weil die Spirochäten dagegen immun, respektive resistent geworden sind, indem er Salvarsan gibt. Er glaubt, daß ebenso wie es beim Hg vorkommt, daß bei zu reichlicher Verabreichung die Syphilissymptome sich verschlimmern, bis das Hg ausgesetzt wird, worauf dann oft Heilung eintritt, auch eine Überhäufung mit Salvarsan den Erfolg gefährden kann, und daß erst wenn der übersalvarsanisierte Organismus Zeit gehabt hat, sich wieder zu erholen, nach monatelanger Pause das Arsenobenzol wieder wirksam wird. Von den übrigen antisyphilitischen Mitteln: Atoxyl, Natr. kakodyl. und auch vom Jod und Hg spricht der Verfasser mit direkter Verachtung.

2. Die Behandlung der Akne, von W. Knowsley Sibley-London. Bekämpfung gleichzeitiger Seborrhoea capitis durch tägliche Waschungen (2% Resorzin oder Euresol), ferner der Obstipation und Dyspepsie, der Zahnkaries und Alveolarpyorrhoe. Verbot von stark gewürzten Speisen, heißen Gebäcken, Kuchen, Eiern; wenig Fleisch, dafür grünes Gemüse und frisches Obst. Innerlich: eventuell Abführmittel, Schwefel, As, und bei stärkeren Anämien: Eisen, Strychnin, Phosphor, Lebertran. Lokal: tüchtig abreiben mit Wasser und Seife mittels eines Flanellappens, um Hyperämie zu erzeugen, oder massieren oder Bierssche Stauung zur Verbesserung der Zirkulation und zur Entleerung der Pusteln an Stelle der gern gebrauchten Uhrschlüssel usw. Friktionen sind oft empfehlenswerter als Salben und Puder, besonders mit einer Schwefellösung, die abends tüchtig eingerieben und früh abgewaschen wird, oder Resorzin 5—30% auf Traganth 5% und Glyzerin 2%. Oder Erzeugung von Hyperämie durch reizende Pflastermulle (Salizyl-Resorzin + Kreosot), die in steigender Konzentration jede Nacht aufgelegt werden, und, wenn eine lokale Reaktion eingetreten ist, durch Resorzin Salizyl, oder Schwefelsalben ersetzt werden. Die lokale Behandlung kann durch Vakzinebehandlung unterstützt werden, doch muß die Dauer derselben mindestens sechs Monate betragen und versagt oft, besonders in den Fällen von Seborrhoe oleosa, zahlreichen Komedonen und spärlichen Eiterpusteln. Auch die Röntgenbehandlung hat bisweilen Vorteile (zweimal ein drittel Sabouraudsche Pastille im Intervall von einer Woche und dann nach 14 Tagen und nochmals nach 3—4 Wochen, dann den Erfolg abwarten), dieselbe ist kontraindiziert bei Neigung zur Hypertrichosis oder starker Pigmentierung. Auch Hochfrequenzströme sind bei besonders hartnäckigen Fällen durch die Erregung von Hyperämie bisweilen von Vorteil. Elektrische Heißwasserbäder mit etwas Kochsalzzusatz oder Galvanisierung mit einer Rollelektrode sind bei Akne des Körpers oft wirksam. Elektrolyse mit Ein-

Digitized by Google

führung der negativen Nadel in die indurierten Pusteln führt gelegentlich zur Heilung, muß aber vorsichtig angewendet werden. Zum Schluß erwähnt Verfasser noch die manchmal günstigen Erfolge von Injektionen von Fibrolysin, besonders bei gleichzeitiger Behandlung mit Hyperämie und Ionisationen.

3. Ein Beitrag zur Lehre vom Herpes progenitalis beim Manne, von Noah E. Aronstam-Detroit. Ebenso mannigfaltig wie die Ätiologie des Ekzems ist die des Herpes progenitalis des Mannes und dementsprechend auch die therapeutischen Maßnahmen, die erst bei richtiger systematischer Kenntnis der Ursachen der Erkrankung ebenfalls werden systematisch gestaltet werden können; bis dahin müssen wir uns mit der Empirie begnügen. Bevor er zu seinem eigentlichen Thema kommt, nennt der Verfasser als die von Herpes progenitalis befallen Körperstellen außer dem Penis und Skrotum noch die Inguinokruralfalte, das untere Drittel der Bauchhaut, das obere Drittel der Innenfläche des Oberschenkels, die perineale Region bis ein Zoll über dem Anus und einen Teil der Gesäßregion. Dann zählt er die ätiologischen Momente in zwölf Gruppen, in denen fast jede konstitutionelle Krankheit enthalten ist, auf und schildert das im allgemeinen sehr einfache, klinische Bild und bespricht die Diagnose. Es handelt sich pathologisch anatomisch nur um zwei Varietäten: 1. periphere Neuritis und 2. vasomotorische Paralyse; die letztere Form pflegt früher oder später als die Folge der ersteren einzutreten. Die Therapie muß bestrebt sein, die ätiologischen Momente aus der Welt zu schaffen, resp. die prädisponierenden, allgemeinen konstitutionellen und lokalen Leiden zu bekämpfen. Dazu gehört in allererster Linie, daß man dem Patienten sorgfältigste Reinhaltung des Präputialsackes und dessen Umgebung (gewissenhafte Entfernung von Smegma usw.) zur Pflicht macht. Dann empfiehlt der Verfasser den Gebrauch von Präservativs, um Reizungen und Infektionen zu vermeiden. Wenn eine Entzündung oder Infektion vorgekommen ist, regelmäßiges Auswaschen mit warmen Wasser oder Borsäurelösung, dann ein austrocknendes Pulver (Dermatol, Aristol, Europhen usw.) und etwas aufsaugende Watte. Schwieriger gestaltet sich die Heilung, wenn die Herpesbläschen zwischen dem Oberschenkel und Hodensack sitzen; falls ein Verband mit Borsäuregaze nicht angängig ist, dann empfiehlt der Verfasser Dermatol oder Europhen-Kollodium. Aronstam fügt drei Krankengeschichten bei, welche die Wirksamkeit seiner therapeutischen Maßnahmen beweisen sollen.

4. Über die Behandlung der Syphilis cerebrospinalis, von R. Hayes Davis-Louisville. Einleitend betont Davis, daß die Therapie der Syphilis cerebrospinalis nicht gleichen Schritt gehalten habe mit den Fortschritten in der Diagnosenstellung durch WR und die übrigen Reaktionen des Liquors; der letztere solle in jedem Falle von Lues III oder später Lues II untersucht werden. Die sonst in allen Stadien der Krankheit wirksamen Heilmittel — die Hg- und Jodpräparate — versagen nach der Meinung des Verfassers bei Tabes und Paralyse vollkommen, auch das Salvarsan schien seine sonst so enorme antisyphilitische Kraft gegenüber diesen Krankheiten nicht entfalten zu können, da der Sitz der Spirochäten im Gehirn meist weit ab von den Gefäßen ist und der Subarachnoidealraum und die Ventrikel für das Mittel fast unerreichbar sind; die direkte Injektion von Salvarsan in den Wirbelkanal ist aber mit erheblichen Gefahren verbunden. Davis bespricht nun das Verfahren von Swift und Ellis, die salvarsanisiertes Blut direkt in den Wirbelkanal injizierten. Über die mit dieser Methode von vielen Verfassern erzielten Erfolge berichtet er folgendes: er ist in der Stellung der Prognose sehr vorsichtig; aber bei der Tabes haben die Liquoruntersuchungen und die Angaben der Patienten ihm die Überzeugung gebracht, daß man Stillstand des Prozesses und Besserung der quälenden subjektiven Beschwerden in der Regel hoffen darf. Bei der Paralyse sind die Versuche noch nicht zahlreich genug, um mit Entschiedenheit

Digitized by Google

von Erfolgen reden zu können; aber angesichts der Hoffnungslosigkeit jeder anderen Therapie, ist der Versuch entschieden anzuraten. Die übrigen syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems wurden ausnahmslos günstig durch Salvarsan beeinflußt. Davis teilt zur Bestätigung seiner Anschauungen sieben Fälle mit. Er macht die intraspinalen Injektionen mit salvarsanisiertem Serum in zweiwöchentlichen Intervallen, bis der Liquor völlig normal ist; wenn das nicht gelingt, injiziert er mindestens zehnmal, pausiert dann eine kurze Zeit und fängt von neuem an. Bei peinlich aseptischem und vorsichtigem Vorgehen, hält der Verfasser die Methode für völlig gefahrlos.

5. Einige Bemerkungen über freiwillige Sterilität, von E. H. F. Pirkner-Babylon. Der Verfasser bespricht die beiden sozial eminent wichtigen Fragen der Verhinderung und Unterbrechung der Schwangerschaft. Er hat den Eindruck, daß die weitesten Schichten der Bevölkerung gar nicht den Wunsch haben, daß den Ärzten in dieser Hinsicht gesetzlich ein Verbot auferlegt werde. Die schlimme Folge eines solchen Verbots sei, daß alle Frauen, die sich vor den Folgen des geschlechtlichen Verkehrs schützen wollen, nicht zu den Ärzten, sondern zu Kurpfuschern usw. gingen, und daß sich auf diese Weise eine Art Trust von derartigen Gewerbetreibenden bilde, was für die Volksgesundheit höchst gefährlich und schädlich sei. Nach seiner Ansicht solle man es der Gewissenhaftigkeit jedes Arztes überlassen, ob er es für angezeigt halte, in bestimmten Fällen Mittel zur Verhütung der Konzeption anzuraten, oder eine Unterbrechung einer eingetretenen Gravidität einzuleiten.

6. Über die Ähnlichkeit des klinischen Bildes der Tuberculosis verrucosa cutis und Blastomykose, von G. H. Irvine-Minneapolis. Zum Referieren nicht geeignet, weil Irvine die große Ähnlichkeit der Tuberculosis verrucosa cutis und der Blastomykosis durch gute Abbildungen veranschaulicht. Er hält die Ähnlichkeit zwischen diesen beiden Erkrankungen für viel größer als die von anderen Verfassern betonte Ähnlichkeit der klinischen Bilder der Blastomykose mit der Lues resp. Sporotrichose oder mit den fungoiden Bromeruptionen.

7. Dringende Empfehlung der Anwendung gerader Harnröhrensonden, von Thos. W. Ross-Portland. In der Einleitung läßt der Verfasser eine energische Philippika los gegen die ungenügende Ausbildung der Spezialärzte für Urologie und gegen die bestehenden Lehrbücher für diese Disziplin. Diesen Umständen gibt er schuld, daß mit Vorliebe gebogene Harnröhrensonden gebraucht würden, wo die Anwendung der geraden am Platze wäre. Nur für die Fälle, in denen man Strikturen des hinteren Harnröhrenabschnittes feststellen oder dehnen wollte, dürften gebogene Sonden verwendet werden. Diese Strikturen kommen aber fast nur vor nach Traumen durch Steine oder nach operativen Eingriffen. Nie solle bei der Blennorrhoe eine gebogene Sonde eingeführt werden; denn meistens sitzen die Strikturen in der vorderen Urethra und es genügen gerade Sonden von $5^1/_2$ Zoll Länge, um dieselben zu erreichen. Der Verfasser hofft, daß endlich einmal ein gutes Lehrbuch mit zahlreichen, bunten Abbildungen geschrieben werde. Dann würden 98 % der Ärzte, die jetzt Blennorrhoen behandeln, ohne jemals eine Harnröhrenschleimhaut gesehen zu haben, endlich wissen, was sie unter Krypten und Littréschen Drüsen zu verstehen hätten, und würden hundertmal eher ein Urethroskop benutzen, statt gebogene Sonden in Anwendung zu bringen.

8. Mangelhafte Funktion der innersekretorischen Organe, von Frank R. Starkey-Philadelphia. Der Verfasser bemerkt mit Recht, daß die Bedeutung der innersekretorischen Organe erst spät erkannt und daß auch heute unser Wissen in dieser Hinsicht noch ziemlich lückenhaft ist. Das eine steht für ihn fest, ohne normale Entwicklung und Funktion der innersekretorischen Organe gibt es keine vollkommene

Digitized by Google

körperliche und geistige Gesundheit. Er erläutert das an einem ausführlich geschilderten Falle.

9. Über perverse Sexualempfindungen bei den Frauen in Spanien, von DOUGLAS C. MCMURTRY-New York. Der Verfasser bringt für die Homosexuellität und deren Betätigung die neuen Ausdrücke: Uranismus und Tribadismus und spricht über die Verbreitung der lesbischen Liebe in Spanien, besonders in den Zentren, in denen — wie in den Klöstern — die Frauen massenweise zusammengepfercht sind.

10. Rückfall einer akuten Blennorrhoe nach einer Injektion von polyvalenter Gonokokkenvakzine, von FREDERIC S. MASON-New York. In 50 Fällen von blennorrhoischen Erkrankungen: „Prostatitis, Vesikulitis, Epididymitis, Arthritis, Pyosalpinx, Cowperitis, Bartholinitis", hatte MASON sehr gute Resultate mit Injektionen von polyvalenter Gonokokkenvakzine erzielt, wenn es sich um veraltete Fälle, bei denen der Gonokokkennachweis kaum oder gar nicht gelang, handelte. Dann aber sah er in zwei veralteten Fällen von Prostatitis in einem Stadium, in dem er den Patienten bereits als geheilt betrachtete, nach Injektion von polyvalenter Vakzine (50 Millionen Gonokokken) unter heftigen Allgemeinerscheinungen (Hämaturie, Fieber usw.) eine ganz akute Blennorrhoe der Urethra anterior mit positivem Gonokokkenbefunde neu auftreten. Für akute Blennorrhoen hält MASON polyvalente Vakzine für kontraindiziert, aber nach diesen Erfahrungen möchte er auch bei chronischen und besonders bei subakuten Fällen zur Vorsicht raten.

10. Bericht eines Falles von syphilitischer Paralyse, von J. N. BLOOM-Louisville. Es handelt sich um einen Fall von Paralyse, resp. Parese des rechten Armes und Beines infolge eines apoplektiformen Insultes, der wohl auf eine fast unbehandelte syphilitische Infektion (16 Jahre früher) zurückzuführen war. Als der Patient in die Behandlung von Bloom kam, hatte er zwei Neosalvarsaninjektionen (1 intramuskuläre und 1 mißlungene intravenöse) und außerdem Hg und Jodkalium per os erhalten. BLOOM verabfolgte 4 intravenöse Neosalvarsaninjektionen und erreichte eine erhebliche Besserung im Befinden des Patienten, während die WR im Blute negativ ausfiel, war dieselbe + + im Liquor, der außer positiver Globulinreaktion noch Zellenvermehrung aufwies. Darauf entschloß sich BLOOM, eine intraspinale Injektion von salvarsanisiertem Serum (SWIFT und ELLIS) zu machen. Er fand am folgenden Tage nach lebhaften allgemeinen Reaktionserscheinungen die WR im Liquor + —, verminderte Globulin- und Zellenmengen. Leider waren die beabsichtigten weiteren Untersuchungen zur Zeit der Veröffentlichung noch nicht erfolgt, und es liegt nur eine vorläufige Mitteilung vor.

11. Über Urethroskopie bei chronischer Blennorrhoe, von PAUL STEINER-New York. Der Verfasser schildert die Bedeutung der Urethroskopie bei Behandlung und Diagnosenstellung von Harnröhrenerkrankungen. Dieselbe ermöglicht es — speziell bei der Blennorrhoe — erst den genauen Sitz der Erkrankung festzustellen und unsere therapeutischen Agentien genau an Ort und Stelle zu bringen. STEINER sieht davon ab, bei der großen Zahl von Instrumenten, die zurzeit auf dem Markte sind, genauere Beschreibungen derselben mit ihren Vorzügen und Nachteilen zu geben. Dagegen gibt er wertvolle Winke für die Lagerung des Patienten, die Stellung des Arztes usw. und erörtert dann, worauf es bei der Endoskopie der vorderen resp. hinteren Harnröhre ankommt: „Farbe der Schleimhaut, Aussehen der Drüsen und Krypten in normaler und pathologischer Verfassung". Wie GUYON die „bougie à boule" den verlängerten Finger des Urologen nennt, so bringt das Endoskop das Auge an die Stelle der krankhaften Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut.

Digitized by Google

Juli 1914.

1. Über die Behandlung der Syphilis durch kombinierte Salvarsanquecksilberkuren, von W. Scholtz-Königsberg. Die vorliegende Arbeit enthält kaum etwas anderes als die von Scholtz gesammelten und an anderen Stellen (z. B.: P. Ehrlich: Abhandlungen über Salvarsan, Bd. 4) veröffentlichten Beobachtungen und Erfahrungen über die Wirkung der Kombination von Salvarsan und Hg bei der Behandlung der Syphilis. Scholtz ist bekanntlich ein Anhänger einer möglichst frühzeitigen und sehr energischen Therapie.

2. Über den Wert der Röntgenstrahlen bei der Diagnose von Harnsteinen, von A. F. Tyler-Omaha. Neben dem elektrischen Zystoskop sind die X-Strahlen das bedeutsamste Hilfsmittel für die Diagnose der Nieren-, Ureteren- und Blasenleiden, speziell der Steine geworden. Wichtig ist die richtige Vorbereitung des Patienten vor der Aufnahme. Am Abend vorher erhält derselbe nur Zwieback und Tee und Rizinusöl; am Morgen dann einen Einguß, bis das Wasser klar abfließt; dann wird eine Gesamtaufnahme von Niere, Ureter und Blase, und dann Einzelaufnahmen von jedem Organ gemacht. Auf diese Weise bekommt man auch bei beleibten Leuten Steinschatten, außer wenn die Steine aus reiner Harnsäure bestehen; in diesem — allerdings seltenen — Falle zeigt trotz des Vorhandenseins von Steinen die Aufnahme oft einen negativen Befund. Ein nicht zu unterschätzender Vorzug der Radiographie vor dem Zystoskop ist die absolute Schmerzlosigkeit. Der Verfasser schließt nach Mitteilung einiger illustrierter Krankengeschichten mit folgenden vier Leitsätzen. 1. Die Anwendung der Radiographie bei Diagnosenstellung von Nieren-, Ureter-, Blasen-Erkrankungen ist schmerzlos und sollte in allen verdächtigen Fällen erfolgen. 2. Die Befunde mittels X-Strahlen sind bei genauer Technik zuverlässiger als bei anderen Methoden (1% Fehldiagnosen). 3. Das Röntgenbild gibt eine ungefähre Vorstellung vom Sitz, der Größe und Zahl der vorhandenen Steine und zeigt oft Steine in beiden Nieren, während nur von einer Seite aus klinische Symptome vorhanden sein können. 4. Bei infizierten oder dekrepiden Patienten erspart die schmerzlose Radiographie oft die Anwendung des Zystoskops.

3. Über den Wert der Vakzine bei Komplikationen der Blennorrhoe, von Cornelius James Shay-New York. Shay hat seit fünf Jahren an einem großen Material seine Beobachtungen über die Wirksamkeit von Gonokokkenvakzine (Stamm- und autogener) bei Blennorrhoe und deren Komplikationen gemacht und berichtet: 1. Gute Erfolge bei Epididymitis und zwar subjektiv: Erleichterung der Schmerzen, und objektiv: schnelles Zurückgehen der Schwellung. 2. Bei akuter Blennorrhoea anterior und posterior vermehrte Sekretion, aber keine Heilerfolge. 3. Auch bei chronischer Blennorrhoea posterior, bei Prostatitis und Vesikulitis sah der Verfasser weder vom Stamm- noch von autogener Vakzine irgend welche gute Erfolge. 4. Dagegen erreichte er bei blennorrhoischer Arthritis, besonders mit autogener, aber auch mit Stammvakzine, erhebliche Besserungen und Heilungen, selbst in Fällen, in denen jede andere Therapie versagt hatte. Was die Technik anlangt, so empfiehlt der Verfasser, sich die Einstichstelle mit Jod zu desinfizieren und zu markieren und zwar in der Glutäalregion, dann nicht intramuskulär, sondern in das subkutane Gewebe zu injizieren. Anfangsdosis nicht über 25 Millionen und jeden vierten Tag je nach dem opsonischen Index zu verstärken.

4. Einige Betrachtungen über die Blennorrhoe, von A. Strachstein-New York. In der Einteilung gibt der Verfasser einen historischen Rückblick über die Behandlung der Blennorrhoe je nach der herrschenden Auffassung von dem Wesen der Krankheit in der Zeit von Moses und Hippokrates bis zur Entdeckung der Gonokokken als Krankheitsträger durch Neisser im Jahre 1879. Dann betont er die Wichtigkeit der Auf-

Digitized by Google

klärung der jungen Leute darüber, daß die Heilung nicht mit dem Verschwinden des Sekretes erreicht sei, sondern daß oft noch in den Filamenten im Urin infektiöse Substanzen vorhanden sein können. Nur genaue mikroskopische Untersuchung könne die Heilung konstatieren. Das gilt auch von der Diagnose „Blennorrhoe" überhaupt. Denn häufig seien es chemische Produkte oder nicht spezifische, besonders im Anschluß an die Menstruation in der Vagina existierende Mikroorganismen, die einen blennorrhoeähnlichen Ausfluß hervorrufen. Wenn die Entscheidung mit Methylenblaufärbung unmöglich ist, so muß nach Gram gefärbt werden. In bezug auf Abortivkuren ist Strachstein sehr skeptisch. Nur bei einer Inkubationszeit von 24—36 Stunden, bei noch wenig eitrigem, mehr schleimigem, epithelialem Sekret mit intrazellulären Gonokokken, d. h. in Fällen, in denen die Erreger noch nicht durch die Mukosa in das tiefere Gewebe gedrungen sind, hat man einige Chancen. Im Falle des Mißlingens hat man dann die unangenehme, starke Reizung zu überwinden. Fast alle empfohlenen Abortivkuren beruhen auf demselben Prinzip. Der Verfasser befürwortet folgendes Verfahren: Urinieren lassen, dann $2^1/_2$ Zoll hinter dem Meatus die Harnröhre festzudrücken, mit Borsäure diesen Teil gründlich ausspülen, dann 2% Eukain- oder Novokainlösung und nach fünf Minuten ca. 2% Arg. nitr.-Lösung injizieren, die nicht weiter als $2^1/_2$ Zoll in die Harnröhre eindringen kann. Dieses Verfahren wird eventuell nach 48 Stunden wiederholt. Bei dem Kapitel: „Hygiene und Diät", bringt der Verfasser nichts Neues. In der Besprechung der Therapie betont er, daß die interne Medikation nur die lokale unterstützen, aber nie für sich allein wirksam sein könne. Er warnt vor einer Überbewertung des Urotropins und glaubt, daß die Balsamika nur einen mild adstringierenden und eventuell schmerzlindernden, aber keinen — oder so gut wie keinen — bakteriziden Einfluß ausüben können; in jedem Falle sollten dieselben möglichst unverdünnt verabreicht werden. Die Behandlung soll so schnell als möglich begonnen werden. Der Verfasser begnügt sich dann in großen Zügen eine allgemeine Anleitung für dieselbe zu geben, soweit das bei dem proteusartigen Verlaufe der Blennorrhoe möglich ist. Neues bringt er hier nicht.

5. Die Frage der Vakzineverwertung bei Urogenitalinfektion, von Char. E. Barnett-Fort Wayne. Barnett hält Vakzine und zwar besonders autogene für sehr wertvoll für die Diagnose und Behandlung bei Infektionen des Urogenitalsystems. Die Details der kurzen Mitteilung müssen im Original nachgelesen werden.

6. Blutharnen und Bestimmung des Ursprungs desselben, von Clarence Martin-St. Louis. Obwohl Hämaturie oft eine unwesentliche Begleiterscheinung einer akuten Entzündung der Harnwege sein kann, so ist doch andererseits ihre Bedeutung als Symptom für ernste Erkrankungen des uropoetischen Systems nicht zu unterschätzen. Zystoskopie und X-Strahlen haben in den letzten Jahren das Auffinden der Ursprungsstellen der Blutung sehr erleichtert. Den ersten Anhalt gibt die Art der Blutung: initial, terminal usw. Auch das Mikroskop deutet durch die gleichzeitig mit dem Blut im Urin gefundenen Zellelemente häufig den Sitz der erkrankten Stelle (Niere, Nierenbecken, Harnleiter, Blase, Harnröhre) an. Das naturgemäße Bestreben, die Blutung zu stillen, macht die Kenntnis des Sitzes zur Bedingung. Verfasser bespricht nun die Blutungen der einzelnen Abschnitte des Urogenitaltraktus mit ihren Symptomen und den therapeutischen Maßregeln. Blutungen aus der Anterior werden meist durch Polypen, Papillome oder Traumen veranlaßt; zur Behandlung eignet sich besonders das Urethroskop nach Wyndham Powell mit äußerer Lichtquelle. Die meisten Urethralblutungen stammen aus der Urethra posterior; hier ist die Blennorrhoe am häufigsten das ätiologische Moment, die ebenso wie andere Ursachen zu einer entzündlichen Schwellung des Veru montanum führen kann. Weniger häufig finden sich tuberkulöse Herde in der Prostata. In ähnlicher Weise bespricht Martin die häufigen, zu Blutungen führen-

Digitized by Google

den Erkrankungen der Blase, Prostata, Ureter, Niere; doch würde die Wiedergabe dieser Betrachtungen für ein Referat zu weit führen.

7. Über die Serodiagnose der Blennorrhoe, von R. L. Jones und Irving Simons-Nashville. Wenige Monate nach der Entdeckung der Serodiagnose auf Syphilis durch Wassermann, Bruck und Neisser hatten Müller und Oppenheim es übernommen, eine Serodiagnose für Blennorrhoe zu finden; sie benutzten an Stelle der syphilitischen Leber als Antigen Gonokokkenextrakte. Die Verfasser haben nun an 206 Fällen von Blennorrhoe des Mannes Nachprüfungen veranstaltet. Da es sich in der vorliegenden Arbeit nur um eine vorläufige Mitteilung der Ergebnisse handelt, so nimmt der Referent davon Abstand, auf die Details: „Bereitung des Antigens, Gewinnung und Konservierung des Serums, tabellarische Zusammenstellung der Beobachtungen" einzugehen und beschränkt sich darauf, die Zusammenfassung der Verfasser hier verbotenes wiederzugeben: 1. Die Serodiagnose ist für die Blennorrhoe noch zuverlässiger als die WR für die Lues. 2. Dieselbe ist für Fälle, in denen Gonokokken nur mit größter Mühe aufgefunden werden können, von hohem Werte. 3. Komplikationen der Blennorrhoe: akute und chronische Epididymitis, chronische Prostatitis und verschiedene Adnexerkrankungen bei Frauen ergaben in 100% ein positives Resultat. 4. Chronische unkomplizierte Blennorrhoe gibt eine positive Reaktion; fällt dieselbe negativ aus, so ist die Blennorrhoe geheilt. 5. Nicht ein Fall von nichtblennorhoeischer Erkrankung hat eine positive Reaktion ergeben. 6. Die Blennorrhoe ist keine sich selbst begrenzende Krankheit von verhältnismäßig kurzer Dauer (1—3 Jahre). 7. Bei einem Heiratskandidaten ist ein negativer Ausfall der Serodiagnose wünschenswert, selbst wenn frühere Blennorrhoen vollkommen geheilt zu sein scheinen. O. Lasch-Breslau.

Bücherbesprechungen.

Die Fadenpilzerkrankungen des Menschen, von R. O. Stein-Wien. (Lehmanns med. Atlanten, München 1914, Bd. 12.) Wollte man sich eingehender über die pathogenen Fadenpilze unterrichten, so war dies bisher nur an der Hand großer Spezialwerke möglich, die zwar ausführlich, aber zur raschen Orientierung meist unpraktisch und zudem schwer erreichbar waren. Die vorliegende Monographie hat nun versucht und — um es gleich vorwegzunehmen — mit erfreulichem Erfolg versucht, diese Lücke auszufüllen. Auf 18 Drei- und 11 Vierfarbendrucktafeln und 78 Abbildungen ist in meist vorzüglicher Darstellung und Farbengebung ein Material zusammengestellt, mit dessen Hilfe sich der Praktiker eine klare und vor allem richtige Anschauung von den in Frage kommenden Fadenpilzerkrankungen zu schaffen vermag. Der kurze, aber übersichtliche Text, auf der heutigen Höhe unserer Kenntnisse fußend, vermag den guten Eindruck des Atlas nur zu heben. In einer zweiten Auflage könnte der Unterschied des „graubestaubten, in gleicher Höhe abgemähten Mikrosporiehaares" Tabelle 5 gegenüber Tabelle 10 Herpes tonsurans, dem durchaus „haarlosen Fleck" in bezug auf bildliche Wiedergabe zwischen Haarstümpfen und völligem Fehlen der Haare etwas schärfer differenzierend dargestellt werden. Im übrigen reiht sich dieser Band würdig den Vorgängern aus dem anerkannten Verlage an. O. Gans-Freiburg i. Br.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Beitrag zur Frage der Beziehung der Tuberkulose zur Psoriasis, von Warnecke-Görbersdorf. (D. m. W., 1914, Nr. 1.) Es wird über einen Krankheitsfall berichtet, und zwar handelt es sich um einen Patienten mit Lungentuberkulose, der mit Alttuberkulin behandelt wurde. Nach Injektion von 0,09 mg trat am anderen Tage ein Exanthem am Rücken auf, das bereits am nächsten Tage wie typische Herde von Psoriasis annularis aussah. Nach Injektion von 0,1 mg wurden die alten Herde intensiv rot, zeigten vermehrte Schuppung und vergrößerten sich peripherwärts, außerdem traten neue Herde auf. Auch weitere Injektionen hatten denselben Effekt. Das Exanthem heilte erst unter der Behandlung von Chrysarobin mit Tumenolzinkpaste ab. Obwohl die Psoriasis zweifellos durch die Tuberkulininjektionen hervorgerufen wurde, vermag Verfasser doch nicht die Psoriasis in einen direkten Zusammenhang zur Tuberkulose zu bringen, zumal die Psoriasis ein außerordentlich seltener Nebenbefund in Lungenheilstätten ist. B. Junghanns-Dresden.

Doppeltes Zungenkarzinom bei Psoriasis linguae, von Borchard. (D. Zschr. f. Chir., August 1914.) Die 55jährige Patientin hatte seit langem Psoriasis linguae; die Affektion nahm die ganze Zunge bis hinter die Papillae circumvallatae ein und zeigte tiefe Risse. An der rechten Zungenhälfte ein zehnpfennigstückgroßes Geschwür mit hartem Grunde; keine Drüsen. Das Geschwür wurde weit im Gesunden entfernt. Die Narbe blieb weich, die Schleimhaut zeigte keine Psoriasis. Acht Jahre später trat eine wallnußgroße harte Geschwulst am linken Zungenrande auf; am Unterkieferrande geschwollene Drüsen. Der Tumor und die Drüsen wurden entfernt; ersterer erwies sich ebenso wie das seinerzeitige Geschwür als Karzinom. Auch diese Narbe blieb weich, ohne Psoriasis und zeigte kein Rezidiv. Der Fall zeigt einerseits die große Neigung der Psoriasis linguae zu karzinomativer Degeneration, andererseits die Gutartigkeit dieser Krebse. Auf der einen Seite war es zu keiner Drüseninfektion gekommen. In keiner der Narben erfolgte ein Rezidiv. Es ergibt sich daraus, daß man auch in Fällen, wo die Drüsen erkrankt sind, nicht die ganze Zunge entfernen muß, sondern sich mit der Exstirpation des Tumors und der Drüsen begnügen kann. R. Frühwald-Leipzig.

Über therapeutische Versuche mit Pilocarpinum hydrochloricum bei Parapsoriasis, von Karl Herxheimer und Hermann Köster. (B. kl. W., 1913, Nr. 48.) Gelegentlich eines Versuches, ob Pilokarpin die subjektiven Erscheinungen, d. h. also den Juckreiz, beeinflußt, konnte man therapeutische Erfolge hinsichtlich des Exanthems konstatieren. Verfasser berichten daher über seine intramuskuläre Anwendung in zwei Fällen. Von diesen beiden Fällen ist im ersten die Pilokarpintherapie nicht rein durchgeführt, trotzdem ist auch da die Wirkung des Pilokarpins auf das Exanthem unverkennbar. Der zweite Fall wurde ausschließlich mit Pilokarpin behandelt. Hier handelte es sich offenbar um die erste Attacke der Krankheit, die erst kurz vorher eingesetzt hatte und in vollster Entwicklung war. Verfasser erzielten mit der Pilokarpintherapie in etwa sechs Wochen ein nahezu restloses Verschwinden der Krankheitserscheinungen. Die fortgesetzten Injektionen in Abständen von 2—3 Tagen wurden in beiden Fällen sehr gut vertragen. G. Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Lichen scrophulosorum und Parapsoriasis lichenoides, von Nicolas, Massia, Gatté und Pillon. (Lyon méd., 1914, Nr. 16.) Bei dem kleinen Mädchen hatte das Hautleiden vor drei Monaten mit einem roten Herde am Stamme begonnen, der sich allmählich vergrößerte. Die Affektion besteht aus großen, unregelmäßig begrenzten, bräunlichroten Herden; auf diesen sieht man zahlreiche, regelmäßig angeordnete, peripiläre, stecknadelkopfgroße Knötchen. Außerdem finden sich zahlreiche kleine, flache Papeln, teils glänzend, teils etwas schuppend, wie Lichen aussehend. Auf den Schenkeln und dem Abdomen sind Knötchen, die wie Lichen scrophulosorum aussehen. Nachdem die Verfasser die in Betracht kommenden Affektionen besprochen haben, meinen sie, daß eine Kombination vor Lichen scrophulosorum und Parapsoriasis lichenoides vorliege.
R. Frühwald-Leipzig.

Lichen planus, von David Walsh-London. (M. Press. a. Circ., 22. Oktober 1913.) Die für Allgemeinpraktiker berechnete Darstellung bringt nichts Neues, außer vielleicht der Mitteilung, daß von Raval in Paris therapeutisch die Lumbalpunktion empfohlen wird, womit auch Pernet in England das heftige Jucken bei einem Fall von Lichen ruber planus beseitigte. H. Fendt-Wiesbaden.

Eine seltene Form von Lichen ruber planus, von C. H. Cattle-Nottingham. (B. m. J., 13. Juni 1914.) Das Leiden war bei der 32jährigen Kranken am Stamm und allen vier Extremitäten in großer Intensität verbreitet und legte auch die Diagnose Syphilis sehr nahe, um so mehr als eine Besserung erst unter der Behandlung mit Jodkalium und Quecksilber eintrat. Besonders wurde diese Diagnose durch das Auftreten von silbergrauen Flecken im Munde gestützt, doch sind solche Läsionen auch sonst (M. Morris) als Erscheinungen des Lichen planus beschrieben. Weitere ungewöhnliche Läsionen waren die an den Füßen und Unterschenkeln ziemlich reichlich auftretenden kleinen bis weiße Bohnen großen Blasen. Nach dreimonatiger Behandlung wurde Patientin in guter Verfassung auf Wunsch entlassen; es ist aber seitdem wieder ein Rezidiv erfolgt. A. Philippi-Salzschlirf.

Lichen planus der Glans penis und dessen Behandlung mit Röntgenstrahlen, von Fred Wise-New York. (M. Record, 28. Febr. 1914.) Mitteilung von drei Fällen der genannten seltenen Lokalisation; in einem verschwand die Eruption unter äußerer Behandlung und Arsen; in den beiden anderen, die sich als hartnäckiger erwiesen, waren einige wenige Röntgenbestrahlungen von prompter Wirkung. W. Lehmann-Stettin.

Ein auf Maul- und Klauenseuche verdächtiger Fall, von V. Whitby. (B. m. J., 4. Juli 1914.) Ein 19jähriger Soldat, der am Handgelenk eine durch Verbrühung entstandene geschwürige Verletzung hatte, erkrankte am neunten Tage nach dem Unfall mit einem Gefühl von Brennen und alsbald folgender Blasenbildung im Munde und an den Händen. Während der folgenden 6 Tage bestand ein mäßiges Fieber bei sehr stark ausgebildeten Läsionen im Munde sowie den Händen und in geringerem Grade auch an den Füßen, Gesicht und Rumpf. Die bakteriologische Untersuchung des Bläscheninhalts fiel allerdings negativ aus. Die Infektion war vielleicht durch einen Hund übertragen worden. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Fall von Impetigo staphylogenes Bockhart mit besonderer Lokalisation und Ausbreitung, von R. Šrámek-Prag. (Časopis lékařův českých, 1913, Nr. 51). Über den ganzen Körper, namentlich den Stamm, war eine ungeheure Anzahl von Pusteln zerstreut oder in Gruppen angeordnet; die Pusteln hatten gelben Inhalt, waren stecknadelkopf- bis bohnengroß; die kleinen waren halbkugelig, die größeren flach; letztere hatten eine zentrale Delle und manche auch eine Borke; die Haut zwischen ihnen war normal oder gerötet. Wären schwere Allgemeinerscheinungen vorhanden gewesen,

Digitized by Google

hätte man eine Impetigo herpetiformis diagnostiziert. Außer durch die Lokalisation und Menge der Pusteln interessierte der Fall auch durch den Umstand, daß man die Charaktere aller bekannten Impetigoformen finden konnte, so daß der Autor die Hypothese von MATZENAUER, die Impetigo contagiosa und BOCKHART seien nur verschiedene Reaktionen des Organismus auf dieselbe Schädlichkeit, auch auf die Impetigo herpetiformis ausdehnen und annehmen möchte, daß letztere nur bei schwächlichen Individuen (Weibmännern) vorkomme, die in so stürmischer Weise auf dieselben Schädlichkeiten reagieren. G. Mühlstein-Prag.

Herpetische Stomatitis durch Pneumokokken, von E. WEILL und A. DUFOURT. (Lyon méd., 1913, Nr. 49.) Ein 4jähriger Knabe wurde plötzlich von Schüttelfrost und Fieber unter schweren Allgemeinerscheinungen befallen. Am folgenden Tage traten kleinste Bläschen auf der Zunge auf, die sich rasch vermehrten und in den folgenden Tagen von solchen auf der Lippenschleimhaut, dem Gaumensegel und in der Umgebung des Mundes gefolgt waren. Am fünften Tage kritische Entfieberung. In den uneröffneten Bläschen wurden mikroskopisch und kulturell Pneumokokken nachgewiesen, die auch für Mäuse pathogen waren. Verfasser glauben, daß diese herpetische Stomatitis direkt durch den Pneumokokkus hervorgerufen ist und gewissermaßen, auch in klinischer Hinsicht, ein Äquivalent für eine Pneumonie darstellt. Sie ist abzutrennen von den Herpeseruptionen bei Pneumonie, bei denen auch Pneumokokken nachgewiesen wurden. R. Frühwald-Leipzig.

Über einen Befund von Diplococcus lanceolatus in Pemphigusblasen, von BUSSON, KIRSCHBAUM, STANIEK-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 16.) Bei einem 8jährigen Mädchen trat im Verlauf einer mittelschweren, durch Nephritis komplizierten Scharlacherkrankung eine Eruption von Blasen auf, die sich vom Hals auf Thorax und Extremitäten ausbreiteten unter deutlicher Bevorzugung der Beugeseiten, und in deren ursprünglich serösem, späterhin eitrigem Inhalt Pneumokokken in Reinkultur nachgewiesen wurden. Da sich bei postskarlatinösen eitrigen Affektionen fast regelmäßig Streptokokken finden, halten die Verfasser eine sekundäre Infektion der Haut für äußerst unwahrscheinlich, erklären den Fall für einen Pemphigus acutus, hervorgerufen durch eine Invasion von Pneumokokken in die Blutbahn, wahrscheinlich ausgehend von den Rachenorganen. W. Lehmann-Stettin.

Pemphigus foliaceus, von ALFRED SCHALEK-Omaha. (The Pulse, 1914, Nr. 9.) Nach einem kurzen Überblick über das allgemeine Krankheitsbild des Pemphigus foliaceus berichtet SCHALEK über drei von ihm selbst beobachtete Fälle. Ein ungewöhnliches Symptom des ersten Falles war das intensive Jucken beim Beginn der Krankheit. Ähnlich wie bei der Epidermolysis bullosa reagierte die Haut dieses Kranken beim leichtesten Trauma mit der Bildung von Blasen. Die Behandlung, die in häufigen und prolongierten Bädern und großen Dosen FOWLERscher Lösung bestand, hatte keinen Erfolg. Exitus letalis. Bei dem zweiten Falle war dem Ausbruch der Krankheit ein nervöser Zusammenbruch, hervorgerufen durch häusliche Sorgen, vorangegangen. Die innerliche Behandlung mit starken Chinindosen blieb ohne Erfolg. Kurz vor dem Tode des Kranken beobachtete SCHALEK eine leicht grünliche Sekretion der erodierten Hautflächen. Die Untersuchung ergab Reinkulturen vom Bacillus pyocyaneus. Ein Autovakzin wurde hergestellt und zweimal gegeben. Er hatte damit ebenso wenig Erfolg wie SUTTON und GILCHRIST, die den gleichen Befund bei ihren Fällen hatten und auch mit Autovakzinen behandelten. Der dritte Fall, der zurzeit noch in Behandlung steht, wurde zuerst mit Chinin und mit Natrium kakodylic. behandelt. In letzter Zeit hat SCHALEK nach der in dieser Wochenschrift empfohlenen Methode von HOLOBUT und

Digitized by Google

Lenartowicz versucht, den Inhalt der Pemphigusblasen zur „Autoserovakzination" zu benutzen. Er hatte den Eindruck, daß der Schlaf und Appetit des Patienten sich besserten und das Interesse an seiner Umgebung zunahm. Als wegen Mangel an Serum eine etwa 10tägige Pause gemacht werden mußte, wäre der Zustand entschieden wieder schlechter geworden. Der Versuch mit dieser Methode ist noch nicht abgeschlossen.

E. Brinitzer-Altona.

Über Dermato-Mykosen, von Feliks Malinowski. (Poln. Revue f. Dermat. und Venerol., 1913, Nr. 7—9 u. 18.) Auf Grund seiner Erfahrungen kommt der Verfasser zur Ansicht, daß verschiedene Krankheiten der unbehaarten Haut viel öfter auf mykotischer Basis beruhen, als dies gewöhnlich vermutet wird; es fiel ihm zuerst auf die scharfe Begrenzung und große Hartnäckigkeit mancher Hautleiden von ekzematösem Charakter. Das Hauptgewicht legt er auf eine minutiöse, den bakteriologischen Prinzipien genau entsprechende Untersuchung der Schuppen, deren Oberfläche zuerst genau mittelst Essigsäure, Alkohol und Äther desinfiziert und die dann nach Sabourauds Methode bearbeitet wurden. Er untersuchte 165 solcher verdächtigen Fälle, bei denen eine Mykose der behaarten Haut nicht bestand. Unter diesen 165 Fällen 53 mit positivem Befunde. Speziell wurde gefunden: Favus in 7 Fällen, Herpes tonsurans in 18 Fällen, wobei manche Herde ganz charakteristisch erschienen, die anderen erinnerten an verschiedene Ekzemformen, und gerade diese sind sehr hartnäckig und mahnen zur bakteriologischen Untersuchung. In 12 Fällen wurde unter Beobachtung aller Vorsichtsmaßregeln das Oidium immitis auch aus tieferen Schichten der Haut gezüchtet. Histologische Veränderungen wurden meistens in den höheren Hautschichten gefunden. Blastomyceten wurden in 3 Fällen gefunden; deren Reinkultur tötete Kaninchen und Mäuse; klinisch war das Bild der Dermatitis chronica von hartnäckigem Verlauf gegeben; vollkommene Heilung durch X-Strahlen. Sporotrichum Beurmann war in 6 Fällen, Sporotrichum Gougerot in 3 Fällen gefunden. Durch dieselben hervorgerufene Dermatosen waren klinisch nicht charakteristisch und einem seborrhoischen oder einem Gewerbe-Ekzem ähnlich; nur in zwei Fällen wurden ekthyma-ähnliche Ulzerationen beobachtet. Außerdem wurden in einzelnen Fällen von Dermatosen Aspergillus fumigatus et niger, Mucor mucedo und Dispora gefunden und zwar mit Hilfe des Kulturverfahrens. Agglutination und Komplementbindungs-R. wurden in einem Falle und zwar mit positivem Erfolge durchgeführt.

H. Rosmarin-Lemberg.

Eine neue menschliche Mykose: die Chalarose, von H. Roger, A. Sartory und P. J. Ménard. (Presse méd., 1914, Nr. 15.) Verfasser berichten über zwei Fälle, bei denen, wie bei anderen Mykosen, subkutane Knoten allmählich auftreten, längere Zeit bestanden, schließlich erweichten und perforierten. Sie bildeten dann torpide Geschwüre; aus diesen konnten die Verfasser einen Pilz züchten, den sie nach langwierigen Untersuchungen der Gruppe Chalara einreihen konnten. Die mykologischen Untersuchungen müssen im Originale nachgelesen werden.

R. Frühwald-Leipzig.

Die Immunität bei Trichophytie, von Giuseppe Pecori. (Rom 1914, Manuzio.) Die Trichophytie darf nicht mehr als ein lokaler, bloß die obersten Hautschichten betreffender Prozeß angesehen werden; es gelingt bei Meerschweinchen leicht, durch eine Hautimpfung eine zeitlich nicht begrenzte Immunität zu erzeugen. Die immunisierende Kraft entspricht der Virulenz; diese ist bei verschiedenen Arten verschieden, aber auch bei Stämmen derselben Art können sich Differenzen zeigen. Es gelingt daher nicht, mit einem schwach virulenten Trichophyton Immunität gegen ein stärker virulentes zu erzeugen. Wenn durch eine einmalige Impfung keine vollständige Immunität hervorgerufen wird, so kann diese durch wiederholte Inokulationen gesteigert

Digitized by Google

werden. Die Ausdehnung des kutanen Herdes hat auf die Immunität keinerlei Einfluß; diese beginnt bei den ersten Symptomen, nimmt zu und bleibt lange nach der Abheilung des Hautherdes bestehen. Man kann die Immunität gegen Trichophyton auch durch Impfung mit Mikrosporon und Achorion erzielen. Eine Übertragung durch Vererbung oder durch die Muttermilch wurde nicht beobachtet. Bei größeren Tieren, wie Kaninchen, ist die Immunität schwerer zu erzeugen und verschwindet auch rascher. Bei Menschen ist eine komplette Immunität experimentell nicht zu erzielen; sie manifestiert sich im übrigen ebenso wie beim Meerschweinchen. Eine natürliche Immunität gibt es bei Kindern nicht, bei Erwachsenen nur in beschränktem Maße. Filtrierte Kulturen wirken auf Trichophytiekranke nur wenig, dagegen stark Extrakte alter Kulturen. Bei subkutaner Injektion von Trichophytin entsteht eine lokale und allgemeine Reaktion nur bei Kranken mit tiefer, nicht mit oberflächlicher Trichophytie. Die Intensität dieser Reaktion ist abhängig von der injizierten Dosis, von der Tiefe der Läsionen und von dem Stamme, aus dem das Trichophytin hergestellt wurde. Durch wiederholte Injektionen werden keine anaphylaktischen Symptome ausgelöst. Es gelingt aber auch, eine Intradermoreaktion mit Trichophytin bei Menschen und Tieren hervorzurufen, die im Beginn der Immunität auftritt und die Erkrankung durch Jahre überdauert. Das Serum von Kranken mit tiefer Trichophytie zeigt Komplementablenkung und Präzipitine; letztere finden sich auch bei oberflächlicher Trichophytie und in der Rekonvaleszenz. Alle diese Erscheinungen sind aber nicht spezifisch für das Trichophyton, mit dem das untersuchte Individuum infiziert ist, sondern sind allen andern Trichophytonarten, wie auch verwandten Pilzen gemeinsam (Gruppenreaktion). Durch intravenöse, intraperitoneale und subkutane Injektion von Pilzen oder von Trichophytin gelingt es nicht, das Tier zu immunisieren; dagegen gelingt es bei kutaner Infektion mit lebenden oder bei wiederholter Impfung mit abgetöteten Pilzen. Therapeutische Versuche mit lebenden oder toten Trichophytonpilzen haben keine guten Resultate gegeben, dagegen die Injektion von Trichophytin bei tiefen Prozessen. R. Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Die Herausgabe der zum 60. Geburtstage von Prof. Gustav Riehl in Wien geplanten Festschrift mußte der Kriegslage wegen unterbleiben.

Oberstabsarzt Prof. Richard Lenzmann-Duisburg ist als Chefarzt des Kriegslazaretts IV (Station für Geschlechtskranke) in Brüssel tätig.

Die Privatdozenten Dr. Leopold Freund, Leiter des Laboratoriums für physikalische Therapie an der Klinik von Prof. Finger in Wien, Dr. Robert Kienböck, Vorstand des Röntgeninstitutes an der Wiener Allgemeinen Poliklinik und Dr. Moritz Oppenheim, gewesener Assistent der Klinik v. Neumann und Finger in Wien, erhielten den Titel eines a. o. Professors.

Prof. Stanislaus Prowazek, Edler von Lanow, Abteilungsvorsteher am Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg, ist infolge einer im Gefangenenlager zu Cottbus erworbenen Flecktyphusinfektion gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnier, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. März 1915 | Nr. 12 | Band 60

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig
(Direktor: Prof. Dr. Rille).

Beiträge zur Statistik der Skabies auf Grund der von 1903 bis 1910 in der Leipziger Hautklinik behandelten 2470 Krätzekranken.

Von

Dr. Karl Wilke.

Zunächst sei es gestattet, einige allgemeinere statistische Angaben über die Verbreitung der Krätze in Deutschland zu machen. Ich halte mich hier an die Berechnungen, welche A. Gottstein[1]) auf Grund der „Mitteilungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes" ausgeführt hat. Während der Jahre 1886 bis 1888 wurden an sämtlichen öffentlichen Krankenhäusern Deutschlands 81 364 Fälle von Skabies behandelt, von 1892 bis 1894 dagegen 189 817 und von 1898 bis 1901 wiederum 163 396 Fälle, also eine ganz gewaltige Zahl, die nicht ausschließlich auf Rechnung der Bevölkerungszunahme im Deutschen Reiche zu setzen sein wird. Pro 1000 der Erkrankungsfälle waren es in den Jahren 1886 bis 1888 43,3 Krätzefälle, 1898 bis 1901 35,8 Fälle von Skabies, also eine Abnahme der Erkrankungsziffer, die im Vergleich zu der Sicherheit und Kürze der Zeit, mit der gerade die Skabies zu heilen ist, doch sehr gering ist.

Bei Betrachtung der Krätzefälle nach ihrer ziffernmäßigen Verteilung auf die einzelnen Gebiete des Deutschen Reiches ergibt sich der vielleicht etwas überraschende Umstand, daß der minder gut beleumundete Osten Deutschlands in der Statistik viel besser dasteht als der Westen. In den Provinzen Ostpreußen, Westpreußen und Posen hat die Ziffer der Skabiesfälle nicht nur relativ (gemessen an der Zahl der Erkrankungsfälle überhaupt), sondern auch absolut abgenommen. Ähnliche, wenngleich nicht ganz so günstige Verhältnisse, zeigt auch Schlesien. Dagegen weisen die Rheinprovinz und Westfalen ein sehr starkes Ansteigen der Erkrankungsziffern auf. Das enge Zusammengedrängtsein großer Menschenmassen, wie es gerade diese Industriezentren in den

[1]) A. Gottstein, Die Beeinflussung von Volksseuchen durch die Therapie, zugleich ein Beitrag zur Epidemiologie der Krätze. M. Reform, 1911, Jahrgang 19, Nr. 3.

Digitized by Google

letzten Dezennien in wachsendem Maße zeigen, mit allen seinen sozialen Nebenfolgen, wird sicherlich dafür verantwortlich zu machen sein.

In den Jahren 1903 bis einschließlich 1910 wurden an der Leipziger Dermatologischen Klinik 2470 Personen wegen Skabies behandelt.

Davon waren 1817 männlichen, 653 weiblichen Geschlechts, das sind 73% Männer und 27% Frauen. Das männliche Geschlecht ist also fast dreimal so stark vertreten als das weibliche.

Die größere Beteiligung des männlichen Geschlechts geht auch aus den von R. BERGH[1]) im allgemeinen Krankenhause zu Kopenhagen gefundenen Ziffern hervor. Von 730 wegen Krätze behandelten Patienten waren 437 männlich, 293 weiblich; zwei andere Statistiken desselben Autors geben ähnliche Zahlen. Nach Berichten aus verschiedenen Städten, die BERGH gesammelt hat, soll sich die Zahl der an Skabies erkrankten Männer zu der der Frauen verhalten wie 2,5 — 2:1.

PETTERS[2]) hat 15417 Fälle von Krätzekranken, die während der Jahre 1863 bis 1872 an 13 Prager Krankenhäusern behandelt wurden, zusammengestellt und ähnliche Verhältniszahlen gefunden.

HEBRA[3]) gibt an, daß auf sieben krätzige Männer erst eine ebenso affizierte Frauensperson gerechnet werden könne. Daß die Frauen im allgemeinen viel weniger häufig an Skabies erkranken, wird sich wohl daraus erklären lassen, daß die Frauen mehr im Hause beschäftigt und daher auch weniger der Ansteckung ausgesetzt sind. Ferner kann man den Frauen im allgemeinen ein größeres Reinlichkeitsbedürfnis zuschreiben als den Männern. Auch besitzen Angehörige des weiblichen Geschlechts selbst in ärmlichen Verhältnissen zumeist ihre eigene Lagerstätte.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Verteilung unserer 2470 Leipziger Skabiesfälle auf die einzelnen acht Jahre.

Jahr	Männer	Frauen	Zusammen
1903	178	29	207
1904	208	38	246
1905	177	86	263
1906	155	56	211
1907	156	71	227
1908	208	88	296
1909	301	120	421
1910	434	165	599
Summa	1817	653	2470

[1]) R. BERGH, Mitteilung aus den Jahresberichten über die Leistungen und Fortschritte in der gesamten Medizin von VIRCHOW 1873, Bd. 2, S. 571; 1872, Bd. 2, S. 598. — [2]) W. PETTERS, Mitteilung aus den Jahresberichten über die Leistungen und Fortschritte in der gesamten Medizin von VIRCHOW, 1874, Bd. 2, S. 680. — [3]) HEBRA und KAPOSI, Lehrbuch der Hautkrankheiten. Erlangen 1874, S. 540.

Digitized by Google

Die Zahl der Krätzekranken ist also, insbesondere in den drei letzten hier berücksichtigten Jahrgängen, immer weitergestiegen. Diese Zunahme entspricht nicht allein der Bevölkerungszunahme der Stadt Leipzig, sondern wohl auch dem mit den Jahren wachsenden Zutrauen der Bevölkerung zu der erst 1896 erfolgten Gründung der hiesigen Dermatologischen Klinik. So ist die Gesamtzahl der an der hiesigen Dermatologischen Klinik verpflegten Kranken von 1119 des Jahres 1896 auf 2538 des Jahres 1908 gestiegen[1]).

Daneben spielen sicher soziale Momente, wie Arbeitslosigkeit infolge von Streik u. dgl. keine geringe Rolle. Wie Hyde[2]) berichtet, sinkt und steigt die Zahl der Skabieskranken in den Vereinigten Staaten von Nordamerika proportional mit der Zahl der Einwanderer. Daß im Gefolge großer Menschenansammlungen, z. B. bei großen Ausstellungen und zu Kriegszeiten neben der Zunahme der Geschlechtskrankheiten auch eine solche an Krätzekranken erfolgt, ist hinreichend bekannt. Von Hyde hören wir auch, daß im Anschluß an die Weltausstellungen zu Chicago und zu St. Louis die Zahl der Krätzekranken in der Tat ganz bedeutend zugenommen habe. Dasselbe sei während und nach dem spanisch-amerikanischen Kriege zu beobachten gewesen. Bereits Petters hatte in seiner oben erwähnten Statistik die Mitteilung gemacht, daß im Jahre 1867, also kurz nach dem preußisch-österreichischen Kriege, ganz besonders viel Krätzekranke zur Aufnahme in die Prager Krankenhäuser gelangten.

Die umstehende Tabelle zeigt die Krankenbewegung in den einzelnen Monaten. Man ersieht daraus, daß die höchsten Aufnahmeziffern im Durchschnitt die Monate Februar, Januar und Dezember aufweisen. An erster Stelle steht der Monat Februar mit 40,9 Aufnahmen, dann kommen Januar und Dezember mit 39,8 und 31,3 Aufnahmen. Früher glaubte man, daß die Jahreszeiten einen direkten Einfluß auf die Erkrankung an Skabies hätten. Hebra[3]) schreibt darüber in seinem Lehrbuch: „Was die Angabe betrifft, daß man im Winter eine weniger schnelle, im Sommer eine raschere Verbreitung der Krätzmilbe und somit auch der Krätzekrankheit vorfinde, kann ich ebensowenig bestätigen. Bei uns im Wiener Allgemeinen Krankenhause sind im Gegenteil die Monate Dezember, Januar und Februar diejenigen Monate, in welchen die meisten Krätzekranken zur Beobachtung kommen;

[1]) Vgl. Rille, Klinik und Poliklinik für Syphilis und Hautkrankheiten. In: Festschrift zum 500jährigen Jubiläum der Universität Leipzig. Leipzig, S. Hirzel 1909, Bd. 3, S. 240. — [2]) Hyde, Scabies in the United States of America and Canada. Ref. Derm. Zschr., 1905, Bd. 12, S. 608. — [3]) Hebra und Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten, Erlangen 1874. S. 523.

Digitized by Google

Aufnahmen während

Monat	1903			1904			1905			1906		
	Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe
Januar	27	1	28	36	2	38	21	2	23	25	7	32
Februar . . .	19	4	23	34	5	39	37	12	49	20	5	25
März	11	—	11	24	4	28	16	19	35	16	6	22
April	11	3	14	16	2	18	19	12	31	14	7	21
Mai	16	4	20	11	2	13	16	9	25	7	5	12
Juni	15	—	15	14	6	20	8	2	10	14	4	18
Juli	4	1	5	9	2	11	6	1	7	12	2	14
August	3	2	5	6	1	7	3	7	10	5	2	7
September . . .	10	3	13	8	2	10	13	7	20	6	4	10
Oktober	16	4	20	19	6	25	16	5	21	10	4	14
November . . .	16	3	19	14	3	17	9	3	12	16	5	21
Dezember . . .	30	4	34	17	3	20	13	7	20	10	5	15

während die Herbstmonate August, September und Oktober das geringste Kontingent dieser Krankheit liefern."

Auch PETTERS (l. c.) berichtet, daß die meisten Krätzekranken im Winter zur Beobachtung kamen, die wenigsten im Monat August. Letztere Angabe stimmt durchwegs mit unserer Statistik überein; der Monat August weist mit nur 10,4 Zugängen im Durchschnitt tatsächlich die niedrigste Aufnahmeziffer von allen Monaten auf. PETTERS begründet dies damit, daß in den Monat August die meisten Feldarbeiten fallen. Diese Motivierung dürfte allerdings für das Leipziger Material der Krätzekranken nicht zutreffen, da sich dieses mit geringen Ausnahmen aus den in der Industrie tätigen Bevölkerungsklassen in der Hauptsache rekrutiert. Zu ganz ähnlichen Resultaten gelangte CONRADI[1]) in einer Statistik über 84 von RILLE an der Wiener Allgemeinen Poliklinik behandelte Skabiesfälle, nach der das Maximum der Zugänge auf den Monat Januar, das Minimum auf den September fällt.

Betrachtet man die durchschnittlichen Zugangsziffern bei Männern und Frauen getrennt, so wird man mit geringen Abweichungen keinen Unterschied finden. Es fragt sich nun, welche Ursachen man für das starke Ansteigen der Zugangsziffern in den Wintermonaten verantwort-

[1]) CONRADI, Klinische Analyse und therapeutische Bemerkungen über 25000 Fälle aus der dermatologischen Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik (Prof. Dr. RILLE), beobachtet im Studienjahre 1897/98. Dissertation, Leipzig 1906.

Digitized by Google

der einzelnen Monate.

1907			1908			1909			1910			Durchschnittszahlen der Aufnahmen von 1903—1910		
Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe	M.	Fr.	S.
16	5	21	24	9	33	35	18	53	62	29	91	30,7	9,1	39,8
25	10	35	37	20	57	27	8	35	49	15	64	31,0	9,9	40.9
14	4	18	17	11	28	41	15	56	39	7	46	22,2	8,2	30,4
18	11	29	15	4	19	26	11	37	44	13	57	20,4	7,9	28,3
11	9	20	10	7	17	19	7	26	30	9	39	15,0	6,5	21,5
7	3	10	14	6	20	19	6	25	26	7	33	13,3	4,2	17,5
16	—	16	14	2	16	18	11	29	17	11	28	12,0	3,7	15,7
10	3	13	4	3	7	11	7	18	12	5	17	6,7	3,7	10,4
4	4	8	9	9	18	18	9	27	28	2	30	12.0	5,0	17,0
10	12	22	22	2	24	26	12	38	37	21	58	19,5	8,2	27,7
13	7	20	19	6	25	30	6	36	40	23	63	19.7	7,0	26,7
12	3	15	23	9	32	31	10	41	50	23	73	23,3	8,0	31,3

lich machen kann. Einmal wird man an die in den Krankenhäusern allgemein gemachte Beobachtung denken, daß die Zahl der aufgenommenen Patienten im Winter immer größer ist als in den Sommermonaten. Dann muß man gerade bei den Männern die große Zahl der Zugereisten berücksichtigen, die in den Wintermonaten besonders hoch ist und somit teilweise die hohe Zahl der Zugänge erklärt. Von den 1817 männlichen Krätzekranken waren gegen 300 Zugereiste — d. h. nämlich stellungs- und zum großen Teil auch wohnungslose Individuen, denen ihre frisch erworbene oder zumeist schon seit längerer Zeit bestehende Skabies gerade in der kalten Jahreszeit ein willkommener Anlaß, das Krankenhaus aufzusuchen, gewesen sein dürfte, um damit die Sorge um eine warme Unterkunft und das tägliche Brot wenigstens für ein paar Tage los zu sein. Wahrscheinlich darf man der kalten Jahreszeit auch noch insofern einen indirekten Einfluß auf die Verbreitung der Krätze zuschreiben, als sie die Menschen in primitiven Wohnungsverhältnissen noch mehr als sonst zur gemeinsamen Benutzung von Schlafstätten zwingt; als Ansteckungsquelle kommt ja bei der Skabies das Zusammenschlafen ganz wesentlich in Betracht.

Ich lasse nun die statistischen Ergebnisse betreffs des Alters der Kranken folgen, und zwar für den Zeitraum von 1—25 Jahren mit Berücksichtigung jedes einzelnen Lebensjahres:

Digitized by Google

Alter	Männlich	Weiblich
bis 6 Monate	4	4
6—12 „	5	5
12—18 „	2	3
2 Jahre	6	9
3 „	14	13
4 „	11	11
5 „	6	8
6 „	8	12
7 „	7	6
8 „	10	8
9 „	11	10
10 „	14	13
11 „	7	12
12 „	12	4
13 „	12	6
14 „	13	11
1—14 Jahre	142	135
15 Jahre	24	17
16 „	57	41
17 „	61	40
18 „	117	49
19 „	141	50
20 „	156	57
21 „	128	49
22 „	110	37
23 „	115	30
24 „	105	21
25 „	70	19
15—25 Jahre	1084	410
26—30 Jahre	237	47
31—35 „	116	24
36—40 „	72	16
41—45 „	58	9
46—50 „	39	4
51—55 „	28	2
56—60 „	24	3
61—70 „	14	2
71—80 „	3	1
Es standen im Alter von 26—80 Jahren	591	108

Der jüngste männliche Krätzekranke war 6 Wochen alt, der älteste stand im 78. Lebensjahre. Der jüngste weibliche Patient war 5 Wochen, der älteste ebenfalls 78 Jahre alt. Es ist ja bekannt, daß die Skabies in jedem Lebensalter zu finden ist.

Die Zahl der Kinder beträgt 277, also ungefähr $^1/_9$ der Gesamtzahl der Krätzekranken. Vergleicht man damit die Statistiken von BERGH (l. c.), so wird dort die bedeutend viel größere Beteiligung der Kinder an

Digitized by Google

den Krätzeerkrankungen auffallen. Von 730 Skabieskranken gehörten bei Bergh 256 dem Kindesalter an; in zwei anderen Statistiken desselben Berichterstatters waren einmal unter 477 Kranken 170 Kinder, unter 353 Patienten 119 Kinder; demnach beträgt die Zahl der Kinder in den Statistiken von Bergh etwas mehr als $^1/_3$ von der Gesamtzahl gegenüber $^1/_9$ in unserer Statistik. Die geringere Frequenz von seiten krätzekranker Kinder der Leipziger Dermatologischen Klinik ist dahin zu erklären, daß die Mehrzahl der Skabiesfälle des Säuglingsalters der poliklinischen Behandlung zugeführt wird und daß wohl auch ein größerer Prozentsatz des einschlägigen Krankenmaterials von der hiesigen pädiatrischen Klinik absorbiert wird.

Von den 277 Kindern standen im ganzen 18 im ersten Lebensjahr, also ungefähr ein Fünfzehntel. Diese Zahl steht ungefähr in der Mitte zwischen den von Bergh gefundenen Zahlen; von 256 Kindern gehörten nach seinen Ermittlungen $^1/_9$, von 170 Kindern in einer anderen Statistik $^1/_{17}$ dem ersten Lebensjahre an. Vom ersten Lebensjahre an sollen dann nach Bergh die Zahlen sinken, um sich mit der Schulzeit wieder zu erheben und vom 10. bis 15. Jahre wieder zu sinken.

Ein derartiges Verhalten kann aus unserer Statistik nicht herausgelesen werden; es zeigt sich vielmehr hier ein ziemlich regelloses Fallen und Steigen, das zu greifbaren Schlußfolgerungen keine Handhabe bietet.

Betrachtet man den Anteil beider Geschlechter an den Erkrankungen im Kindesalter, so ergibt sich folgende interessante Tatsache. Unter den 277 Kindern waren 142 Knaben und 135 Mädchen. Obwohl das weibliche Geschlecht bei der Gesamtzahl der an Skabies Erkrankten nur mit 27% beteiligt ist, zeigt es hier im Kindesalter fast die gleiche Anzahl wie das männliche. Auch Bergh berichtet in dieser Beziehung ganz ähnliches. Solange also Knaben und Mädchen unter den ziemlich gleichartigen, mehr oder minder unhygienischen Verhältnissen im Elternhause leben, sind sie natürlich auch in der gleichen Weise der Infektion mit Skabies ausgesetzt. Dieses Verhalten ändert sich, sobald die Kinder die Schule und damit auch, was besonders für die Knaben zutrifft, ihr Elternhaus verlassen. Wir sehen hier erstens bei beiden Geschlechtern ein ganz rapides Ansteigen der Erkrankungsziffern, das merkwürdigerweise beim männlichen wie beim weiblichen Geschlechte im gleichen Jahre, nämlich im 20. Lebensjahre, sein Maximum erreicht. Ferner beobachtet man, wie das weibliche Geschlecht betreffs der Erkrankungsziffer, obwohl dieselbe vem 14. Lebensjahr an ganz erheblich zunimmt, doch gegenüber dem männlichen Geschlecht gewaltig zurückbleibt.

Digitized by Google

Schon das 15. und 16. Lebensjahr zeigt bei den **Männern** eine erheblich größere Zahl an Krätzeerkrankungen als bei den **Frauen**; im 18. Lebensjahr ist diese Zahl mehr als doppelt so groß, im 20. Lebensjahr schon verdreifacht.

Es ist klar, daß dieser Unterschied kein nur zufälliger sein kann. Dieser Unterschied ist begründet in der viel ungebundeneren und damit auch allen Gefahren und Ansteckungen ausgesetzten Lebensweise, die für die Knaben mit der Schulentlassung beginnt, während die Mädchen auch in der Großstadt größtenteils nach dem Abgange von der Schule im Elternhause verbleiben.

Von den 1817 männlichen an Krätze erkrankten Individuen standen 1084, also 60%, zwischen dem 15. und 25. Lebensjahre, von den 653 weiblichen Kranken 410, also 63%. Nach PETTERS (l. c.) sind besonders die Altersstufen bis zum 30. Lebensjahr von Skabies befallen. Er erklärt dies damit, daß in diesen Zeitraum gerade die Lehr- und Gesellenjahre bei den Tagelöhnern und Handwerkern fallen, nach dessen Ablaufe sich die meisten dieser Gesellschaftsklasse Angehörigen eines eigenen Haushaltes erfreuen. BERGH (l. c.) berichtet, daß ein Viertel aller Patienten zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre stand. Das bedeutende Überwiegen der jugendlichen Patienten bestätigen auch RILLE und CONRADI (l. c.).

In einer von C. H. FUCHS[1]) angeführten Statistik waren von 1842 Krätzekranken 1342 zwischen 15 und 25 Jahren, also fast drei Viertel sämtlicher Patienten. Diese Ziffern sind aber mit Vorsicht zu beurteilen, da dieser einer älteren Epoche angehörige Autor unter dem Namen Krätze („Psoriden") wohl noch verschiedene andere durch Kratzeffekte, Pusteln und Krusten charakterisierte Dermatosen subsumieren dürfte und sogar von Krätzemetastasen und Krätzetod zu berichten weiß.

Vom 25. und besonders vom 30. Lebensjahre ab sehen wir dann die Skabies allmählich seltener werden, wenn auch nicht vollständig verschwinden. Daß die Skabies im Greisenalter nur selten beobachtet wird — von den 2470 Patienten unserer Statistik waren 4 (3 Männer und 1 Frau) über 70 Jahre alt — ist begreiflich. Wir stimmen JADASSOHN[2]) bei, welcher sagt, daß der so häufig zur Infektion auch mit Acarus scabiei Anlaß gebende extramatrimonielle Verkehr in diesem Alter im allgemeinen ebenso selten ist wie das aus sozialen Gründen erfolgende Zusammenschlafen.

Die meisten Autoren, die über Skabies geschrieben haben, machen Angaben darüber, daß die Krätze gewisse **Berufsklassen** bevorzuge.

---

[1]) C. H. FUCHS, Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge. Göttingen 1840, S 602. — [2]) JADASSOHN, Art. „Hautkrankheiten" in Lehrbuch der Greisenkrankheiten, hrsg. v. SCHWALBE. Stuttgart 1909, S. 797.

Digitized by Google

Ich lasse deshalb aus unserem Leipziger Materiale eine statistische Übersicht über die Beteiligung der einzelnen Berufe und Gewerbe an den Krätzeerkrankungen folgen, geordnet nach der Häufigkeit ihrer Beteiligung. Zweckmäßig werden hierbei die Zugereisten und Ausländer gesondert anzuführen sein, da mir dieses für die Beurteilung, ob wirklich gewisse Berufe der Infektion mit dem Sarcoptes scabiei ganz besonders ausgesetzt sind, wesentlich erscheint.

Beruf	Zusammen	Davon waren	
		Zugereiste	Ausländer
1. Arbeiter	445	79	107
2. Schlosser, Schmiede	122	35	—
3. Studenten	110	—	11
4. Kellner	80	5	1
5. Kaufleute	61	11	3
6. Handels-, Geschäfts-Gehilfen	58	4	—
7. Markthelfer	48	1	—
8. Hausdiener, Laufburschen	45	9	—
9. Schneider	45	9	1
10. Stallschweizer, Knechte	43	11	—
11. Handelsleute, Reisende, Hausierer	41	6	6
12. Bäcker	40	15	—
13. Tischler	38	10	—
14. Geschirrführer, Kutscher	35	7	—
15. Maurer	31	5	—
16. Maler, Lackierer, Polierer	29	9	—
17. Schuhmacher	27	3	—
18. Schriftsetzer	27	3	—
19. Kontoristen, Schreiber	27	1	—
20. Elektrotechniker, Monteure, Mechaniker	24	1	1
21. Klempner	23	2	—
22. Buchbinder	19	2	—
23. Buchdrucker	18	—	—
24. Former	18	5	—
25. Fleischer	17	5	—
26. Barbiere, Friseure	16	1	—
27. Musiker	16	1	—
28. Gärtner	12	1	—
29. Zimmerleute	11	3	—
30. Kürschner	10	2	—

Die übrigen Krätzekranken verteilen sich auf folgende Berufe: 9 Beamte, 7 Briefträger und Postillione, 7 Sattler, 7 Zeichner, 6 Tape-

Digitized by Google

zierer, 6 Brauer, 6 Drechsler, 5 Köche, 5 Töpfer, 5 Postassistenten, 5 Komiker und Schausteller, 5 Packer, je 4 Glaser, Graveure, Ingenieure, Pfleger, 3 Müller, je 2 Drogisten, Uhrmacher, Böttcher, Stellmacher, Schauspieler, je 1 Zahnarzt, Bildhauer, Invalide, Konzertunternehmer.

Daß von allen Berufen in unserer Statistik die Arbeiter die größte Erkrankungsziffer an Skabies zeigen, ist nicht verwunderlich. Der Begriff des Arbeiters ist indes ein sehr weitläufiger und vielgestaltiger, so daß auch in vielen anderen Statistiken die „Arbeiter" an der Spitze stehen. Auch in der Statistik von PETTERS (l. c.) stellen die Tagelöhner das größte Kontingent. Die große Zahl der Ausländer unter den Arbeitern, rund ein Viertel, ist zum Teil auf Rechnung der polnischen und galizischen Landarbeiter zu setzen, die in der Umgebung von Leipzig auf den verschiedenen Gütern während der Sommermonate beschäftigt und zwecks Behandlung ihrer größtenteils schon aus ihrer Heimat mitgebrachten Skabies dem Leipziger Krankenhause überwiesen werden.

Nächst den Tagelöhnern werden nach PETTERS (l. c.) besonders die Handwerker von Krätze befallen, meist unverheiratete Individuen, die Arbeit, Mahlzeit und Lager miteinander teilen; und zwar hat PETTERS die Skabies häufiger bei Handschuhmachern, Schlossern, Schmieden, Schustern und Tischlern gefunden als bei Gärtnern, Maurern oder Zimmerleuten. Nach C. H. FUCHS (l. c.) werden besonders oft Weber, Wollenarbeiter, Schneider und Schuster von Skabies befallen; wie es scheine „aber mehr, weil das Kontagium in diesen Gewerben, namentlich in ihren Herbergen, einmal eingebürgert ist, als deshalb, weil ihre Beschäftigung die Entstehung der Krankheit begünstigt". BERGH (l. c.) fand in seiner Statistik die Krätze von allen Handwerkern am häufigsten bei Schuhmachern und Schmieden, selten dagegen bei männlichen und weiblichen Zigarrenarbeitern.

Nächst den Arbeitern kommen in unserer Statistik die Schmiede und Schlosser; sie stellen von allen Handwerkern die meisten Krätzefälle. Auffallend ist bei den Schlossern die große Zahl der Zugereisten, die fast ein Drittel der Gesamtzahl beträgt und wohl auch teilweise die Ursache für die hohe Erkrankungsziffer der Schmiede und Schlosser abgibt. Von den Metallarbeitern, zu denen ja die Schmiede und Schlosser gehören, ist es bekannt, daß sie viel wandern, gezwungen durch die häufigen Streike und die gerade in diesem Industriezweige rasch wechselnde Lage des Arbeitsmarktes.

An dritter Stelle unserer Statistik stehen die Studenten[1]) mit 110 Krätzefällen. Berücksichtigt man die bedeutende Häufigkeit von

[1]) In dem gleichen Zeitraume sind in der Dermatologischen Universitätspoliklinik von Hrn. Prof. RILLE 118 Studenten wegen Krätze behandelt worden.

Digitized by Google

Geschlechtskrankheiten unter den Studierenden, andererseits die Wohnungsverhältnisse, die bei einer großen Zahl der in Großstädten lebenden Studenten nichts weniger als hygienisch sind, so wird man sich nicht wundern, daß auch die Skabies hier zahlreiche Opfer findet.

Ähnliche Gründe dürften vielleicht in noch viel höherem Grade für die starke Beteiligung der Kellner an den Krätzeerkrankungen maßgebend sein. Wenn es berechtigt ist, aus einer großen Anzahl von geschlechtlichen Erkrankungen auch auf eine entsprechend hohe Zahl von Krätzefällen zu schließen, so müssen hier besonders die Kellner in Betracht kommen. So berichtet SCHWIENING[1]), daß in der Berliner Ortskrankenkasse seit Jahren eine erschreckende Zunahme der Geschlechtskrankheiten gerade unter den Angehörigen des Gastwirtspersonals zu beobachten ist, so daß man geradezu von einer Berufskrankheit dieser Branche sprechen kann. Während die Mitgliederzahl seit 1902 nur um 19% gestiegen ist, hat sich die Zahl der luetischen Erkrankungen beim männlichen Geschlecht verfünffacht.

Von den 61 Kaufleuten, die in unserer Statistik an fünfter Stelle stehen, gehört die größere Anzahl der Klasse der kleinen, umherziehenden Handelstreibenden an. Daß diese, ebenso wie die als Handelsleute, Reisende oder Hausierer angeführten Patienten, besonders leicht und häufig von der Krätze befallen werden, ist wohl ohne weiteres ersichtlich.

Bei der verhältnismäßig hohen Zahl der an Krätze erkrankten Stallschweizer und Knechte, wie auch der Geschirrführer und Kutscher könnte vielleicht daran gedacht werden, daß hier in manchen Fällen die Ansteckung von den an Räude erkrankten Tieren erfolgt ist.

Die Schneider, die nach der Angabe der meisten Autoren besonders häufig an Skabies erkranken sollen, stehen in unserer Statistik nicht ganz so ungünstig da; doch dürften hier örtliche Verhältnisse einen großen Einfluß ausüben. Hierzu bemerkt EPSTEIN[2]): „Die Behauptung ADLERS von dem auffallend häufigen Vorkommen der Krätze bei den Schneidern in Wien, kann ich nach der Münchener Statistik der Zwangskasse nicht bestätigen; doch spielt dabei die Verschiedenheit des Materiales eine große Rolle."

Betreffs der Beteiligung der Schuhmacher an den Krätzeerkrankungen, die auch nach den Angaben vieler anderer Autoren eine ungewöhnlich große sein soll, berichtet STERNBERG[3]). Er bezeichnet die Skabies als eine Berufskrankheit der Schuster. Unter 2155 Fällen von

[1]) SCHWIENING, Medizinische Statistik und Demographie. Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte der gesamten Medizin, 1910, Bd. 1, S. 480. — [2]) EPSTEIN, in Handbuch der Arbeiterkrankheiten, hrsg. v. WEYL, Jena 1908, S. 413. — [3]) STERNBERG, ebenda, S. 404.

Digitized by Google

Krätze, die beim Krankenkassenverband Wiens mit einem Mitgliederstand von 124000 Personen beobachtet wurden, seien in den Jahren 1900 bis 1904 837 Schuster, also 38,9% gewesen, während alle Schuster zusammen nur 10,8% der gesamten Mitglieder ausmachen. Die Ursache liege darin, daß das Schlafgängerwesen bei den Schustergesellen ungemein verbreitet sei, und daß die Schuster, die eine eigene Wohnung besitzen, mit Vorliebe Berufsgenossen als Schlafgänger aufnehmen. Außerdem sei in den kleingewerblichen Betrieben, wo der Meister Kost und Wohnung gibt, das Zusammenschlafen mehrerer Gesellen in einem Bette üblich. In unserer Statistik stehen die Schuhmacher verhältnismäßig günstig da; sie kommen mit nur 27 Krätzefällen erst an 17. Stelle. Dieser Unterschied gegenüber den anderen Angaben ist wohl darin begründet, daß entsprechend dem Aufblühen der großindustriellen Betriebe die Zahl der selbständigen Schuhmacher in den Großstädten immer mehr abnimmt. Damit verringert sich natürlich auch die Zahl der bei ihrem Meister wohnenden Gesellen und Lehrlinge, auf deren Rechnung die große Häufigkeit der Skabies bei den Schustern zu setzen war.

Bei den Frauen verteilen sich die Krätzefälle auf folgende Berufe:

	Zusammen	Zugereiste	Ausländer
Prostituierte	184	—	—
Arbeiterinnen	122	2	28
Dienstmädchen, Stubenmädchen, Köchinnen	79	1	1
Kellnerinnen	23	1	—
Schneiderinnen, Näherinnen	18	—	—
Kontoristinnen, Kassiererinnen	10	—	—
Verkäuferinnen	10	—	—
Stützen, Wirtschafterinnen	7	—	—
Mägde	6	—	—
Reisende, Händlerinnen	5	1	1
Sängerinnen	3	—	—
Putzmacherinnen	2	—	—
Kinderfräulein	2	—	—

Außerdem je 1 Masseuse, Friseuse, Plätterin, Artistin.

Dazu kommen 34 Ehefrauen und 5 Witwen; von ersteren sind 13 Arbeiterfrauen und 3 Kellnersehefrauen. Die höchste Erkrankungsziffer an Skabies weisen bei den Frauen in unserer Statistik die Prostituierten auf. Es ist klar, daß die Prostituierte infolge ihres Berufes der Ansteckung mit Krätze sehr leicht ausgesetzt ist; viel

Digitized by Google

häufiger wird es allerdings vorkommen, daß eine krätzekranke Dirne die sie besuchenden Männer neben einer Geschlechtskrankheit auch noch mit Skabies infiziert.

Wie zu erwarten, stehen in dieser Statistik nächst den Prostituierten die Arbeiterinnen an der Spitze, die große Zahl der ausländischen Arbeiterinnen erklärt sich aus denselben Gründen wie bei den männlichen Arbeitern.

Eine plausible Erklärung läßt sich für die Häufigkeit der Krätze bei den Dienst- und Hausmädchen, die in unserer Statistik an dritter Stelle kommen, nicht anführen. Dagegen wird die verhältnismäßig beträchtliche Beteiligung der Kellnerinnen an den Krätzeerkrankungen nicht besonders überraschen.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Praxis.

Über Embarin in der Privatpraxis.

Von

Dr. med. K. Thümmel, Spezialarzt für Harn- und Hautleiden, Leipzig.

Bei meinen Versuchen, die ich an 31 dazu geeigneten Kranken angestellt, habe ich das Mittel nie subkutan, sondern stets nur intramuskulär gegeben, die Injektionen in der üblichen Weise natürlich streng aseptisch in die Nates gemacht, meist in Serien von 15 Einspritzungen anfangs stets einen Tag um den andern, und zwar immer die volle Dosis. Später in Fällen, wo ich von der Toleranz überzeugt war und wo die Zeit drängte, täglich, in 2 Fällen auch einen Tag um den andern die doppelte Dosis, ohne Beschwerden damit zu verursachen. Unter den Patienten waren einige sehr empfindliche und ängstliche, fast alle aber haben die Injektionen ohne Beschwerden und ohne örtliche Reizerscheinungen vertragen. Selten wurde über Schmerzen an den Injektionsstellen geklagt und dann auch nur ganz vorübergehend; Infiltrate habe ich nur in 2 Fällen gesehen, die jedoch nicht schmerzhaft waren und in keiner Weise mit den bei Anwendung von Hg salicylic. entstehenden zu vergleichen waren. Eine Patientin mit sehr stark entwickeltem Panniculus adipos. vertrug, nachdem ich ihr erst eine Injektion mit Hg salicylic. gemacht hatte, die eine so starke Reaktion hervorrief, daß sie sich zu einer Fortsetzung einer Injektionskur nicht verstehen wollte, die Embarinkur tadellos, obgleich ich ihr nach Ausprobierung der Verträglichkeit stets die doppelte Dosis injizierte[1]). Es trat nur eine ganz leichte Stomatitis auf. Im übrigen kamen Stomatitiden so gut wie gar nicht zur Beobachtung, im ganzen nur 3mal, und zwar so geringen Grades, daß eine Unterbrechung der Kur nicht stattzufinden brauchte. Von den beiden Patienten, bei denen Infiltrate aufgetreten, bekam ich den einen, der die erste Kur vor $^3/_4$ Jahren gemacht hatte, jetzt zu einer erneuten Embarinkur in Behandlung, dabei

[1]) Das Hg steht in lockerer Bindung zu dem Benzolkern und wird leichter abgeschieden, wodurch eine schnellere Resorption und raschere Wirkung bedingt wird.

Digitized by Google

fand ich die Infiltrate noch deutlich vor, sie verursachten aber bei der jetzigen Kur absolut keine Beschwerden. Erscheinungen von seiten des Darmtraktes habe ich nicht beobachtet, jedoch in 2 Fällen Erscheinungen von seiten der Nieren, und zwar starke Albuminurien gegen Ende der Kur, die mich zum Abbrechen der Behandlung veranlaßten, worauf dann die Albuminurien bald wieder nachließen und verschwanden. Auf diese beiden Fälle komme ich später noch einmal zurück.

Jedenfalls kann man behaupten, daß das Embarin die eine Bedingung, die an ein brauchbares Hg-Präparat gestellt werden muß, die Schmerzlosigkeit und die Verursachung höchstens geringer äußerer Beschwerden, in weitem Maße erfüllt. Dabei kommt in Betracht, daß alle Patienten ambulant behandelt wurden, immer ihrer Arbeit nachgingen und den damit verbundenen Schädlichkeiten ausgesetzt waren, wohl kaum stets die notwendige Mundpflege ausführten. An dieser Stelle möchte ich noch einen Fall erwähnen, der insofern bemerkenswert ist, als es sich um das Zusammentreffen einer Lues mit einer floriden Lungentuberkulose handelte. Der Patient, ein schmächtiger, sehr empfindlicher, 26 Jahre alter Gärtner von ziemlich herabgekommenem Ernährungszustand mit Temperaturen von 38,2—38,7, bei dem mir allerdings unklar war, ob das Fieber eben damals allein der Tuberkulose zuzuschreiben war oder eine Begleiterscheinung des Ausbruches der Syphilis war, und an dessen Behandlung ich mit unsicheren Gefühlen heranging, vertrug die Embarinkur in auffallend guter Weise, nicht nur, daß die manifesten luetischen Erscheinungen sehr schnell schwanden, nach der 6. Injektion war auch die Temperatur auf 37—37,3 herabgesunken und hielt sich so bis zum Ende der Kur, um nach einigen Wochen nach der Beendigung wieder zu steigen. Appetit und das ganze Allgemeinbefinden hatten sich schnell gehoben, so daß ich ihn in recht befriedigendem Zustand aus der Behandlung entlassen konnte. Bemerkt sei noch, daß, obwohl nach der Kur die Wassermann-Reaktion noch stark positiv war, Rezidive bis Ende 1913 — die Kur fand im April/Mai 1913 statt — nicht auftraten.

Die zweite Forderung, die wir an ein gutes Quecksilberpräparat stellen, ist die prompte Wirkung. Was diese nun anbetrifft, so kann man mit dem Embarin recht zufrieden sein, wie auch von anderer Seite bestätigt wird. In den meisten Fällen trat ein Rückgang der Symptome sehr bald ein, in einzelnen sogar erstaunlich schnell. Um mir ein Bild von der reinen Wirkung des Embarins machen zu können, habe ich von meinen frischen Luesfällen versucht, so viele als möglich nur mit Embarin zu behandeln. In 17 Fällen habe ich es durchführen können, während ich bei den übrigen Neuinfektionen gleich mit einer kombinierten Behandlung beginnen mußte. Eine Besserung der Symptome konnte ich einige Male schon nach der 2. Injektion deutlich bemerken, so in 2 Fällen von Laryngitis luetica, bei denen eine auffallende Verminderung der Heiserkeit zu konstatieren war. Exantheme, Roseolen verschwanden je nach ihrer Intensität nach der 4.—7., in 2 Fällen nach der 9. Injektion als spätestem Termin. Ulzera und Sklerosen gewöhnlich nach der 9.—12. meist mit Hinterlassen eines geringen Ödems. Dasselbe Verhältnis zeigte sich auch bei den Papeln. In einem Falle blieben Condylomata lata ad labia majora noch nach der 15. Injektion zurück, allerdings bestand in diesem Falle noch ein sehr starker Fluor, der wohl an der langsamen Heilungstendenz schuld sein konnte. Ein Fall von Akustikusstörung (Ohrensausen und Schwerhörigkeit) wurde mit 15 Injektionen so gebessert, daß die Schwerhörigkeit ganz entschwunden war und nur noch geringes Ohrensausen bestand. Ein frischer Fall von typischer Alopecia luetica kam nach der 7. Injektion zum Stillstand. Luetische Anginen heilten nach 6—9 Tagen ab. Zwei große Indurationen bei bestehender Phimosis, die nicht operiert wurden, waren nach 15 Injektionen um $^2/_3$ zurückgegangen. Von den übrigen Fällen, die entweder gleichzeitig mit Salvarsan oder die früher schon Kuren

Digitized by Google

durchgemacht, seien nur 2 erwähnt, zwei Frauen, die eine an dauernden Kopfschmerzen, die andere an Kopfschmerzen und Haarausfall leidend. Bei beiden hatte die Embarinkur keinen wesentlich bessernden Einfluß. Die Fälle, die gleichzeitig mit Salvarsan behandelt wurden, heilten prompt ab, ohne daß man bei ihnen eben sagen kann, welchem der beiden Mittel der Hauptanteil beizumessen war.

Von Rückfällen, die ja selbstverständlich auftraten, sah ich nur einen ungewöhnlich früh, nach nicht ganz 6 Wochen Ekzema penis, ulzerierten Papeln am Skrotum. Die Wassermannsche Blutuntersuchung konnte leider aus äußeren Gründen, es handelte sich zumeist um Kassenpatienten, im Anschluß an die Kur nur wenig ausgeführt werden; die beiden Male, wo ich sie aus besonderem Interesse direkt nachher vorgenommen habe, war der Ausfall nach 15 Injektionen doch noch stark positiv.

Sah man bei der Anwendung des Embarins weniger Hg-Nebenwirkungen, wie wir sie bei anderen Präparaten öfter beobachten können, Infiltrationen, Stomatitiden und Darmerscheinungen, so fiel dagegen in einzelnen Fällen mehr eine Beeinflussung des Allgemeinbefindens in die Augen, wiederholt traten Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Erbrechen, Quecksilberexantheme und Temperatursteigerungen auf, bald in geringerem, bald höherem Grade entweder gleich nach den ersten Injektionen oder erst nach den späteren. Die Temperatur stieg in 3 Fällen sehr hoch bis über 40°; meist waren diese Nebenerscheinungen vorübergehender Natur. Die Patienten befanden sich am anderen Tage wieder wohl, und die Kur konnte unbeanstandet fortgesetzt werden, ohne daß eine derartige Reaktion wieder auftrat. Diesen leichten Grad von Intoxikationserscheinungen konnte ich unter meinen Patienten 7mal beobachten, und zwar gleich nach der 1. und 2. Injektion traten in 5 Fällen Schwindel, Fieber und Kopfschmerzen auf, bei einem wiederholte sich dieser Zustand später noch einmal bei der 8.—10. Injektion, wobei sich ein skarlatinaähnliches Exanthem hinzugesellte, das einige Tage anhielt. In 2 Fällen trat nach der 1. Injektion eine bedeutende Verstärkung der vorhandenen Hautaffektionen, eine ausgesprochene Herxheimer-Reaktion auf, die bei dem einen Patienten ca. 7 Tage anhielt, bei dem anderen aber nach kurzer Frist wieder zurückging.

An und für sich können ja diese Nebenerscheinungen nicht wundernehmen, wenn man erwägt, daß eine so reichliche Quecksilbermenge, wie sie das Embarin in löslicher Form enthält, schnell dem Körper einverleibt wird und eine ebenso rasche Wirkung entfalten kann.

Bei 3 Patienten machte sich jedoch eine kumulierende Wirkung des Mittels bemerkbar, und es traten, nachdem anfangs das Präparat gut vertragen worden war, schwere Erscheinungen auf, die zu einem Sistieren der Behandlung zwangen.

Bei einem 33 Jahre alten kräftigen Manne mit einer frischen Lues stellte sich nach der 4. Injektion ein mäßiges Fieber ein, das wieder verging, so daß am nächsten Tage Patient sich wieder wohl fühlte; von der 7. Injektion ab aber trat es in verstärktem Maße auf, stets mit Schüttelfrost beginnend, das erstemal von einigen Stunden Dauer, das zweitemal bis spät in die Nacht. Am anderen Tage Wohlbefinden, nach der 9. Injektion trat wieder hohes Fieber mit anhaltenden starken Kopfschmerzen auf. Der Patient machte am anderen Tage den Eindruck eines Schwerkranken. Eiweiß fand sich nicht im Urin. Die Kur wird abgebrochen.

Im 2. Falle handelte es sich um ein 28jähriges schwächliches Mädchen, dessen Lues, über 1 Jahr bestehend, bisher unbehandelt geblieben war. Vor $^1/_2$ Jahre Partus eines 6 Monate alten luetischen Kindes. Zurzeit bestand ein kleines Ekzem hinter beiden Ohrmuscheln. Wassermann ++++, die ersten 7 Embarininjektionen verliefen reaktionslos, nach der 7. fing Patientin an, über Kopfschmerzen und Schwindelanfälle zu klagen, die aber am nächsten Tage stets wieder vorüber waren. Die Anfälle wiederholten sich bei den folgenden Injektionen, dazu trat zeitweise Brechreiz auf. Erst nach der 12. Injektion, als ein über den ganzen Körper sich ausbreitendes skarlatiniformes

Digitized by Google

Exanthem, das nachts stark juckte, sich einstellte, das Gesicht gerötet und aufgedunsen war, stellte ich die Injektionen ein. Der Urin enthielt sehr viel Albumen. Nach 8 Tagen war der Harn wieder frei von Eiweiß.

Der 3. Fall betraf ein 13jähriges Mädchen mit Lues secundaria, Infektion unbekannt, das mit einer schweren Angina luetica und starkem, über den ganzen Körper verteiltem Exanthem in meine Behandlung trat. Primäraffekt nicht zu finden, WASSERMANN ++++. Die ersten 4 Injektionen, trotzdem die volle Dosis in 3tägigen Abständen gegeben wurden, vertrug das Kind gut, nach der 5. — Exanthem und Angina waren fast abgeheilt — trat unter Obstipation, Leibschmerzen bei 40° Fieber ein skarlatiniformes Exanthem über den ganzen Körper auf, ein Zustand, der nach Angaben der Mutter 3 Tage anhielt. Als ich die Patientin wieder sah, fühlte sie sich vollkommen wohl. Nach der 6. Injektion wiederum starke Reaktion, 40° Fieber, angeblich Schwellung des Gesichtes. Diesmal dauerten die Intoxikationserscheinungen ebenfalls 3 Tage. Danach wieder Wohlbefinden. Das Fieber hatte gleich $^1/_2$ Stunde nach der Injektion eingesetzt. Bei der nächsten Injektion, bei der ich nur $^1/_2$ Dosis verwendete, stieg die Temperatur auf 39° an, ebenso das nächste Mal. Das Exanthem war jetzt wieder vollständig verschwunden, dafür traten sofort nach den Injektionen flüchtige Ödeme des Gesichts und der Hände auf mit blauroter Verfärbung. Nach der 9. Injektion wiederum hohes Fieber, sofort Ödem des Gesichtes und der Hände. Blaurote Verfärbung der Lippen und des ganzen Gesichtes und Angstgefühle. An der Injektionsstelle war noch eine handtellergroße hellrote Verfärbung sichtbar, als ich das Kind in den nächsten Tagen wieder zu sehen bekam.

Im Urin sehr viel Albumen, das aber, nachdem jetzt die Kur abgebrochen wurde, bald wieder verschwand. Später habe ich dem Mädchen reichlich 0,2 Salvarsan intravenös gegeben, das gut ohne besondere Reaktion vertragen wurde. Bis jetzt ist es bei dem Kinde noch zu keinem Rezidiv gekommen.

Jedenfalls können wir das Embarin als ein recht brauchbares neues Mittel in der Syphilistherapie betrachten, das eine fast schmerzlose Anwendung gestattet und dessen Wirkung als eine vorzügliche zu bezeichnen ist, jedoch eine vorsichtige Kontrolle bei der Anwendung erfordert.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Zentralblatt.

1914, Jahrg. 18, Nr. 2.

Beitrag zur Behandlung des Fluor albus mit Bolus-Biozyme, von JOHANN MEYER-Hamburg. Bolus-Biozyme ist ein aus gärkräftiger Kulturhefe, Zucker und sterilisiertem Boluspulver hergestelltes Präparat, das zur Trockenbehandlung der Scheide nach NASSAUER verwendet wird. Seine Wirkung ist eine Kombination der Bolus- und Hefewirkung mit der durch den Zucker verursachten Gärung, bei der sich Alkohol und Kohlensäure bilden, wodurch die Sauerstoff bedürfenden Bakterien in ihrer Entwicklung gehemmt werden.

Gibt es eine Disposition zur Lues? von PAUL COHN-Charlottenburg. Der Verfasser meint, daß ein hydropischer Zustand der Haut das Zustandekommen einer luetischen Infektion erleichtere.

1914, Jahrg. 18, Nr. 3.

Über Kombustin (WINTER), von SCHAUER-Schönau. SCH. empfiehlt das „Kombustin WINTERS" eine aus Alumen, Wißmut und Zink hergestellte Paste zur Behandlung von Brandwunden, nässenden und intertriginösen, sowie rhagadiformen Ekzemen und von varikösen Beingeschwüren. H. Boehme-Leipzig.

Digitized by Google

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Bd. 15, H. 11.

Prophylaxe der venerischen Krankheiten in Australien vom Standpunkt der öffentlichen Hygiene, von Burnett Ham. Die im Jahre 1910 begonnene staatliche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Viktoria, Australien, wurde eingeleitet durch Einführung einer obligatorischen, aber zunächst anonymen Anzeigepflicht aller innerhalb eines Jahres zur Behandlung kommenden Fälle von Lues aller Stadien und Formen. Jeder Anzeige wurde eine Blutprobe beigefügt, die von staatlichen Instituten auf die Wassermann-Reaktion geprüft wurde, um einer Überschätzung vorzubeugen. Außerdem wurden an einigen klinischen Instituten systematische Blutuntersuchungen aller Patienten vorgenommen. Die Zahl der positiven Wassermann-Reaktionen betrug 5 % der gesamten Bevölkerung. Die im Anschluß hieran vorgenommenen prophylaktischen Maßnahmen bestehen in: Verbot der Behandlung Geschlechtskranker durch nicht approbierte Personen, Bestrafung der wissentlichen Übertragung der Krankheit, Erleichterung der Behandlung durch Schaffung staatlicher Institute. Eine obligatorische Anzeigepflicht wird als notwendig angesehen und ihre Einführung in Aussicht genommen.

Die nächsten neuen praktischen Ziele und Aufgaben bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Richter-Königsberg. Als die wichtigsten Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bezeichnet Richter die Aufklärung und die Erleichterung der Behandlung. Bei der Aufklärung ist die Heilbarkeit der Geschlechtskrankheiten durch sachgemäße Behandlung zu betonen, um die Kranken vor Vernachlässigung und Kurpfuscherbehandlung zu bewahren. Die Schaffung genügender, unentgeltlicher Behandlungsmöglichkeiten müßte von Staatswegen geschehen, da dieser, und nicht die Gemeinden, das meiste Interesse an der Erhaltung der Gesundheit und der gesunden Fortpflanzungsfähigkeit seiner Bürger hat.

Bd. 16, H. 1.

Verhandlungen der 12. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Leipzig, den 19.—21. Juni 1914.

1. Die Prostitution der jugendlichen Mädchen, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung, von Rupprecht-München. Für die Kenntnis der Prostitution jugendlicher Mädchen ergaben sich aus den zurzeit bestehenden Verhältnissen folgende Tatsachen: Die minderjährigen Dirnen treiben ihr Gewerbe geheim, sie unterstehen nicht der sittenpolizeilichen Kontrolle. Ihre Zahl ist ungewöhnlich groß; sie beträgt mehr als die Hälfte aller geheimen Prostituierten. Die Mädchen entstammen den Kreisen der Arbeiterschaft und vor allem der ländlichen Bevölkerung, sie kommen größtenteils als Dienstmädchen in die Städte. Sie werden daher nicht durch soziale Not, sondern durch Verführung, der sie, unerzogen und ungebildet, putz- und genußsüchtig und ohne Kenntnis der geschlechtlichen Dinge und Gefahren, leicht zum Opfer fallen, der Prostitution in die Arme getrieben. Die jugendlichen Dirnen sind in überwiegender Anzahl geschlechtskrank. Sie bilden also eine Gefahr für die Allgemeinheit, besonders da sie den älteren Dirnen vorgezogen zu werden pflegen; insbesondere besteht auch diese Gefahr für die Familien, bei denen sie Dienste nehmen. Die ärztliche Behandlung vernachlässigen sie aus Unkenntnis und aus Scheu fast ganz. Endlich ist noch das mit der Prostitution zusammenhängende Zuhältertum als Gefahr für die allgemeine Sicherheit zu erwähnen. Die staatlichen Maßnahmen gegen das Dirnentum haben sich ziemlich erfolglos erwiesen, sie schadeten mehr als sie nützten, denn sie treiben vielfach die jugendliche Dirne erst recht der Prostitution in die Arme. Dagegen versprechen vorbeugende Maßnahmen, wie Aufklärung und Bewahrung der Mädchen durch Jugendfürsorgevereinigungen und Un-

Digitized by Google

terkunftsheime, mehr Erfolg. Vor allem ist auch von seiten der Dienstherrschaften dieser Frage mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

2. Zur ärztlichen Fürsorge der jugendlichen Prostituierten, von Bendig-Stuttgart. Bendig bringt in der Hauptsache ausführliches statistisches Material über die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten bei minderjährigen Prostituierten.

H. Boehme-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Monosporosis alba et Monosporosis nigra, von A. Peperr. (Morgagni, 9. Aug. 1914.) Verfasser tritt für die Abtrennung des Monosporium von Aktinomyzes und für die Aufstellung einer neuen, ätiologisch und nosologisch einheitlichen Mykose, der Monosporose, ein. Bei dieser müssen zwei Unterarten, Monosporosis alba und Monosporosis nigra, unterschieden werden. Die Monosporose kann klinisch einerseits der Aktinomykose, andererseits dem Myzetoma ähnlich sein. R. Frühwald-Leipzig.

Über Monosporose, von F. Radaeli. (Morgagni, 9. August 1914.) Durch Vorzeigung von Kulturen und histologischen Präparaten führt Radaeli den Nachweis, daß Monosporium apiospermum deutlich von Aktinomyzes unterschieden ist. Die Differenz besteht nicht nur in der Art der Fruktifikation, sondern auch in anderen wichtigen und leicht ersichtlichen kulturellen und morphologischen Eigenschaften. Auch in den Geweben präsentiert sich Monosporium anders als Aktinomyzes.

R. Frühwald-Leipzig.

Eine neue Behandlungsmethode bei Trichophytie der Kopfhaut, von C. H. Foley-Ardahan. (Lanc. 1914, Nr. 4717.) Die affizierte Partie wird zunächst mit einer konzentrierten Lösung von Natrium bicarbonicum gewaschen und dann mit einem in Spiritus aethereus getränkten Läppchen betupft, um alle Fettreste zu entfernen. Nach dem Abtrocknen wird Jodtinktur aufgepinselt, und sofort danach wird ein Spray von Äthylchlorid appliziert, bis die betreffende Stelle porzellanweiß erscheint. Während der folgenden Tage fahndet man auf etwa übersehene kleine Herde und behandelt sie ebenso. An unbehaarten Stellen genügt eine einmalige Applikation, aber auf der behaarten Kopfhaut muß man mit Jodtinktur und Spray drei- bis viermal mit einigen Tagen Zwischenpausen arbeiten. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Behandlung von Tinea tonsurans, von C. H. Foley-Ardrahan. (Brit. m. J., 1914, 21. März.) Verfasser empfiehlt nochmals die von ihm befolgte Methode der Jodpinselung mit nachfolgender Applikation der Äthylchloridsprays.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Therapie des Herpes tonsurans, von Thedering-Oldenburg. (M. m. W., 1913, Nr. 48.) Die Trichophytie hat Verfasser früher in der Weise behandelt, daß er die affizierte Stelle nach Abwaschung mit Seifenspiritus mit Jodtinktur einpinselte. Er unterläßt jetzt (in Übereinstimmung mit den von anderen Beobachtern gemachten Erfahrungen) die Abwaschung, pinselt vielmehr auf die trockene Haut ein und setzt dies morgens und abends vier Tage lang fort. Alsdann wird zwei Tage lang eine Salbe von Acid. salicylic. (1,0 Ol. olivar [q. s.]), Lanolin (ad 30,0) zwei Tage lang appliziert, und am siebenten Tage wird mit Seifenwasser abgewaschen. Der Turnus wird so oft als eben nötig wiederholt. A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Bericht über 200 Fälle von Trichophytie, welche mit Röntgenstrahlen behandelt wurden, von F. Emays-Jones-Birmingham. (Brit. m. J., 4. Okt. 1913.) Die vom Verfasser erzielten Resultate waren durchaus befriedigend, indem 174 Fälle nach der erstmaligen Behandlung, welche je eine bis vier Sitzungen umfasste, glatt ausheilten; nur bei 26 Kindern war eine Wiederholung, meistenteils nur an einem beschränkten Gebiete, nötig. In den letzten drei Jahren hat Verfasser auch nach dem System der nur einmaligen Bestrahlung gearbeitet. Die Epilation war durchschnittlich nach 19 Tagen beendet; das Wiederwachsen der Haare brauchte in der Regel sieben Wochen. Für die Bestrahlung wurde ein eigens konstruierter, mit Blei ausgelegter Kasten mit einem Bleiglasfenster zur Aufnahme des Kopfes und des Apparates verwendet.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Methodik der Radioepilation der Kinderköpfe, von Hans Meyer-Kiel und Hans Ritter-Hamburg. (Fortschr. d. Röntgenstr., Bd. 21.) Die bei Favus, Trichophytie und Mikrosporie notwendige Entfernung der Haare darf keine unvollständige sein, darf aber auch infolge Überschreitung der Dosis nicht aus dem temporären Haarausfall zu einer dauernden Alopezie führen. Die zu bestrahlenden Felder müssen sehr genau abgegrenzt werden. Die Strahlenqualität sollte nicht zu weich sein, sondern im Gegenteil hart. Man erhält die richtige Strahlung, wenn man durch einen 0,5 mm dicken Aluminiumfilter bestrahlt. Bei 20 Kindern, die mittels einer fünfstelligen Totalbestrahlung einwandfrei und prompt in dieser Weise epiliert wurden, ist weder ein Erythem noch eine Ulzeration aufgetreten. Die Haare sind in jedem Falle in der früheren Dichte, Stärke und Farbe wiedergewachsen. W. Lehmann-Stettin.

Favus und Herpes tonsurans der Fingernägel, von Milton H. Foster-New York. (J. Am. m. Ass., 1914, Bd. 63, Nr. 8.) Favus und Herpes tonsurans zeigen klinisch dieselben Symptome, und die den Nägeln entnommenen Pilze können auch mikroskopisch kaum voneinander unterschieden werden. Wenn auf der behaarten Kopfhaut oder an anderen Stellen Spuren von Favus zu sehen sind, so nimmt man selbstverständlich auch Erkrankung der Nägel durch Favus an. Ebenso verhält es sich mit Herpes tonsurans. Wenn weder Erscheinungen von Favus, noch von Herpes tonsurans zu konstatieren sind, so stellt man die Diagnose auf H. t., da H. t. oft nach der Pubertät auch ohne Behandlung verschwindet und keine Narben zurückläßt. Die Onychomykosen sind sehr hartnäckig, und da die tief in die Matrix hineingewucherten Pilze anders nicht von Medikamenten erreicht werden können, so müssen die erkrankten Teile erst kürettiert werden, bevor man das Antiseptikum auf die entblößte Oberfläche applizieren kann. Eine allgemeine Entzündung durch zu starke Konzentrationen ist zu vermeiden. Empfohlen wird Sublimat, Präzipitat- und Kalomelsalben, Sulphur praecipitatum und auch Jodtinktur. F. John-Leipzig.

Beitrag zum Studium der afrikanischen Tinea, von Charles Joeux. (Arch. de Parasitol., März 1914.) Verfasser berichtet, daß im Hochlande von Guinea die Trichophytien häufiger als an der Küste sind. Von 100 Kindern fand er gewöhnlich 80 befallen. Bei näherer Untersuchung stellt sich heraus, daß es sich in $^1/_6$—$^1/_7$ der Fälle um Mikrosporon Audouini, im übrigen um echte Trichophytien handelt. Die klinischen Formen sind die üblichen. Auf den verschiedenen Nährböden wachsen in ihrem Äußeren differente Kulturen, welche in Farbe, Form und Wachstum sich auch gegenüber den von Europäern gewonnenen abgrenzen lassen. Das mikroskopische Examen ergibt nichts Neues (Ref.). Bemerkenswert ist noch, daß sich die Pilze nicht auf Versuchstiere überimpfen ließen. H. Vörner-Leipzig.

Die Ätiologie der Trichomykosis palmellina auf den Philippinen, von O. Schöbl-Manila. (Philippine J., Juni 1914.) Diese zuerst von Pick (1875) be-

Digitized by Google

schriebene Affektion ist auf den Philippinen unter den Europäern so verbreitet, daß von elf aufs Geratewohl daraufhin untersuchten Individuen zehn dieselbe aufwiesen. Die vom Verfasser angestellte bakteriologische Untersuchung ergab neben fünf als zufällige Vorkommnisse zu bezeichnenden Mikroorganismen zwei Formen von Corynebakterium als konstanten Befund und höchstwahrscheinliche Materia peccans. Dieselben wuchsen auf Agarplatten einmal als kleine, runde, körnige Kolonien und zweitens als kleine, gedellte, grobkörnige, flache, unregelmäßig geränderte Herde. Außerdem fanden sich öfter große, runde, homogene weiße Kolonien von einem großen Mikrokokkus und ähnlich gestaltete Anhäufungen eines zitronengelben Mikrokokkus. Diese beiden letzteren Formen fehlten jedoch bei einigen Untersuchungen. Pathogene Eigenschaften ergaben sich bei der subkutanen Impfung der Kulturen auf weiße Mäuse nicht. Die durch die Ansammlung der Mikrobien an den Haaren bedingten Veränderungen sind durch drei schöne Abbildungen neben der textlichen Besprechung dargelegt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Pilzerkrankung der Haut, infolge des Gebrauches wollener Unterwäsche, von Isaac. (B. kl. W., 1914, Nr. 47.) Die Veröffentlichung bezweckt, die Aufmerksamkeit der Ärzte auf die Pityriasis rosea zu lenken, die Verfasser in mehreren Fällen auf das Tragen von wollenen Sweatern zurückführen konnte, welche den Sommer über gelegen hatten. Die Affektion soll in diesen Fällen ein etwas anderes Aussehen gehabt haben als gewöhnlich, mehr dem Ekzema marginatum ähnlich. Zur Prophylaxe empfiehlt Verfasser gründliche Seifenwaschung aller Wollsachen und tüchtige Austrocknung vor dem Gebrauch.

E. Klemm-Leipzig.

Bericht über einen Fall von Sporotrichosis von tuberkuloidem Typus, von A. Ravogli-Cincinnati, Ohio. (Lancet-Clinic, 2. Aug. 1913.) Der mitgeteilte Fall betrifft ein junges Mädchen mit ausgedehnten Ulzerationen in der Ellenbogengegend, in denen sich mikroskopisch wie kulturell Pilze nachweisen ließen, die denen von de Beurmann beschriebenen glichen. Therapeutisch wurden täglich zweimal Sublimatbäder verordnet, einmal wöchentlich wurde die Oberfläche mit reinem Lysol tuschiert, wodurch binnen wenigen Wochen Heilung erreicht wurde.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Sporotrichosis mit multipler Lokalisation, von Francisco Dominguez-Havana, Cuba. (M. Record, 4. April 1914.) In dem beschriebenen Falle, der einen 54jährigen Mann betraf und bei dem bakteriologisch Endomyces albicans nachgewiesen wurde, waren Herde in der Lunge vorhanden, die röntgenographisch gefunden und erfolgreich operativ beseitigt wurden.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Sporotrichosis, von L. A. Dermody und C. Mc Martin-Omaha. (J. Am. m. Assoc., 19. Sept. 1914.) Eine 35jährige Frau aus Nebraska kam zur Aufnahme mit einer vom Mittelfinger bis zum Ellenbogen reichenden Kette von kleinen Knötchen, welche, 12—13 an Zahl, sich im Laufe von etwa sechs Wochen nacheinander entwickelt hatten. Eiterbildung war wenig oder gar nicht eingetreten. Nach vergeblicher Behandlung mit Inzision und Kauterisieren wurde drei Monate später die Diagnose Sporotrichosis gestellt und durch Kulturen auf Glukoseagar und auf Bouillon einwandfrei bestätigt. Nach gründlicher Inzision und Kürettierung der affizierten Gebiete wurde unter Behandlung mit Lugolscher Lösung Besserung und innerlicher Darreichung von Jodkalium Heilung erzielt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Experimentelle Knochensporotrichose, von G. Bolognesi-Modena. (Pathologica, 1914, Nr. 143.) Verfasser hat zwölf Kaninchen Kulturen von Sporotrichum Beurmani in den Markkanal des Femurs eingespritzt und die Tiere nach ein bis vier Monaten getötet. Bei acht Tieren entwickelten sich scharf umschriebene sporotrichotische Herde,

Digitized by Google

die histologisch als Granulome zu bezeichnen waren. Neben diesen zentralen Herden bildeten sich auch noch an der Peripherie gelegene Herde in Form von Exostosen.

K. Rühl-Turin.

Erythema infectiosum, von A. Heisler-Königsfeld. (M. m. W., 1914, Nr. 30.) Verfasser berichtet über eine kleine Epidemie von 25 Fällen, welche er als das vereinzelt auch von anderen Beobachtern geschilderte Erythema infectiosum diagnostizierte. Die durchaus milde und höchstens mit geringer Temperatursteigerung einhergehende Affektion ist charakterisiert durch ein zunächst am Gesicht auftretendes makulo-papulöses Erythem, das am zweiten und dritten Tage auf die Arme, Rumpf und gelegentlich auch auf die unteren Extremitäten übergreift. Eine spezielle Eigentümlichkeit ist das auffallende Gedunsensein des Gesichts. Außerdem finden sich ziemlich erhebliche, leicht schmerzhafte Schwellungen der Drüsen am Kieferwinkel, unter dem Ohr und im Nacken. In der Regel waren die Mandeln gerötet, und am harten Gaumen fand sich ein grobfleckiges, dunkelrotes Exanthem, das den Verdacht auf Scharlach erregen könnte. Abschuppung kam mehrmals am Gesicht, nicht aber sonst am Körper vor.

A. Philippi-Salzschlirf.

Neuere Beiträge zur Kenntnis des Erythema mycoticum infantile, von K. Beck-Budapest. (Bör-ès Bujakórtan, Beilage der Budapesti Orv. Ujsag, 1913, Nr. 13.) Ibrahim sieht in dem Auftreten der Blasen das wesentliche klinische Element, während Beck das mit kleinen Epithelschuppen auftretende, später zusammenfließende, aber immer scharf geränderte und mit abhebendem Epithelkragensaum versehene Erythem als jene charakteristische klinische Äußerung ansieht, welche das Leiden von den Erythemen ähnlicher Lokalisation unterscheidet. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle war Soorablagerung zu finden. Die Infektion der Haut mit Soor findet den Weg durch den Verdauungskanal, durch Beschmutzung der Haut des Unterleibes mit Exkrementen. Verfasser fand 14 Fälle, von diesen beschreibt er vier Fälle: 1. Ein drei Wochen altes Mädchen. Starker Darmkatarrh. Im Munde Soor. Die Glutäen sind lebhaft rot exkoriiert. An der inneren Fläche der Schenkel vereinzelt und in Gruppen teils grauweiße, teils mit gelblich-eitrigem rotem Hof umgebene stecknadelkopfgroße Bläschen. In der linken Bauchgegend eine kronengroße oberflächliche Exkoriation. Mikroskopische Untersuchung ergab Soor. 2. Zwei Wochen alter Knabe. Magendarmkatarrh; auf dem Gesäß, dem Hodensack, auf der Beugeseite der Unterschenkel bis an die Fersen ist die Haut lebhaft rot, stellenweise nässend. Die Ränder der Läsionen schuppen sich, sind polyzyklisch. In der Umgebung kleine Bläschen. Im Munde Soor. Mikroskopische Untersuchung des Blaseninhalts war für Soor positiv. 3. Drei Wochen alter Knabe. Darmkatarrh. Im Munde Soor. Auf der äußeren Fläche des Schenkels sind aus Bläschen bestehende Gruppen zu sehen. In dem eitrigen Bläscheninhalt viel Soorkonidien, sehr oft in intrazellulärer Plazierung. 4. Ein drei Wochen alter Knabe. Angeblich seit seiner Geburt Darmkatarrh. Auf dem Bauche und um den Mastdarm viele kleine Papeln. Auf dem Gesäß und den Schenkeln war die Haut lebhaft rot, stellenweise exkoriiert. Kein Mundsoor. Im Blaseninhalt kurze Soorfädenteile und zerstreute Konidien. Der Blaseninhalt wurde bei der Untersuchung nach Gram gefärbt, und auch Kulturen auf Agar-Agar angelegt. 14 untersuchte Fälle ergaben in elf Fällen positives Resultat. In den Bläschen waren überwiegend die runden oder eiförmigen Konidien des Soorpilzes; gegliederte Fäden kamen nur vereinzelt zur Beobachtung. Die Bläschen waren schlaffer, trockener, der Inhalt bestand aus dichten breiartigen Hornzellen. Neben Konidien waren gegliederte Fäden, auch Fadenkonvolute festzustellen. Der Soorpilz wächst nur zwischen den Hornzellen der Epidermis in Fadenform, während er zwischen den Leukozyten hauptsächlich Konidienform annimmt. Zwischen den Hornzellen aber finden sich beide

Digitized by Google

Entwicklungsformen, in eiterhaltigen Bläschen jedoch ausschließlich nur Konidien neben anderen Mikroorganismen, und zwar Kokken und feine kurze Stäbchen. In einigen Bläschen wurden aber nur Pilzelemente gefunden. Eine Phagozytentätigkeit gegen die Soorkonidien ist auch zu bemerken. Der Soorpilz an und für sich kann auch Eiterung hervorrufen. Zwischen dem Ibrahimschen Bläschen- und der einfachen schuppenden Erythemform gibt es keinen wesentlichen Unterschied. Es sind mit charakteristischen, girlandenartigen, polyzyklischen und schuppenden Rändern versehene Läsionen und kleine schuppige Flecken zu sehen. Daneben finden sich auch Soorpilze enthaltende zerstreute Bläschen. Nach dem Eintrocknen und Abfallen der Bläschen können ähnliche Flecken mit Epithelkragen entstehen, wie bei der ersten Form des Erythema mycoticum. Die Ibrahimsche Dermatose begleitet zumeist eine Intertrigo der Beugestellen. Dies pflegt oft die primäre Veränderung zu sein. Die Kombination der Bläschensoormykose mit Magendarmkatarrh und Intertrigo kann nicht nur zufälliges Zusammentreffen sein. Verdauungsstörungen prädisponieren besonders für Dermatitis des Unterleibes und der unteren Gliedmaßen und zwar nicht nur für einfache Erytheme, sondern auch für papulöse und Bläscheneruptionen. Wenn dieser Boden durch Magendarmkatarrh empfindlicher geworden ist, kann der Soorpilz schwerere Veränderungen hervorrufen als auf der Haut eines gesunden Kindes. Wenn schon früher der Darmkatarrh zu Intertrigo oder Erythema glutaeale geführt hat, kann der Pilz sekundär infizieren, und die schon bestandene lokale Hautentzündung kann ein komplizierterer Prozeß werden. In solchen Fällen ist die klinische Diagnose beinahe unmöglich. Das sind die Fälle, bei denen mehr oder weniger ausgedehnte, lebhaft rote, mäßig gedunsene, stellenweise exkoriierte Gebiete in kleinerer oder größerer Entfernung zerstreut oder gruppenweise miliare, eitrige und seröseitrige Bläschen begrenzen, und nur die mikroskopische Untersuchung gibt bezüglich der Natur der Hautentzündung Aufklärung. Die Bläschenhautentzündung bedingt eine höhergradige Sensibilität, eine stärkere Reaktionsfähigkeit der Haut. Es ist wahrscheinlich, daß sonstige Stoffwechsel- oder konstitutionelle Störungen zur Sensibilisation ähnlicher Richtung führen kann. Bei gesunden Kindern dagegen erscheint die Soorinfektion der Haut eher in der Form eines einfachen schuppenden Erythems. M. Porosz-Budapest.

b. Cutis.

Behandlung des Milzbrandes mit Pyozyanein, von Brelet. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 17.) Eine Zusammenstellung der neueren Arbeiten, besonders von Fortineau, über die Pyozyaneinbehandlung des Milzbrandes. Fortineau kultiviert den Bacillus pyocyaneus in einem mineralischen Nährboden und sterilisiert die Kulturen. Das übrigbleibende Toxin widersteht eine halbe Stunde lang einer Temperatur von 110° und eine Stunde lang einer solchen von 100°. Die zur Milzbrandbehandlung nötige Injektionsdose beträgt 10—20 ccm und in vielen Fällen genügt eine Injektion, in manchen ist eine zweite nötig. Am besten ist es, das Pyozyanein mit der Serumtherapie und dem Salvarsan zu kombinieren. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Salvarsanbehandlung des Milzbrandkarbunkels, von L. Bubeel-Wien. (M. m. W., 1914, Nr. 24.) Eine 22jährige Dame bot an der Stirn einen recht umfangreichen Milzbrandfurunkel dar mit starker Beteiligung der Lymphdrüsen. Der Bläscheninhalt war bazillenhaltig, nicht aber die entnommene Blutprobe. Am vierten Tage der Beobachtung wurde 0,6 Salvarsan intravenös gegeben, und vom nächsten Tage an wandte sich das schon recht bedrohliche Krankheitsbild zur Besserung und baldigen völligen Heilung. A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Behandlung des Karbunkels mit Wasserdampf. (Semaine méd., 1913, Nr. 44.) Beschreibung einer von Gucciardello angegebenen Methode. Aus einem verschlossenen Gefäß wird vermittels eines Rohres von 2 cm Durchmesser, ein Wasserdampfstrahl direkt auf die zu behandelnde Stelle gerichtet, so heiß ihn der Patient vertragen kann. Je zahlreicher und je länger die Bestrahlungen sind, um so schneller erzielt man eine Heilung. Gewöhnlich nimmt man täglich 5—7 Vaporisationen von je einer Stunde Dauer vor. A. Gunsett-Straßburg.

Der Furunkel und Aufritt und ihre Behandlung mit „Furunkulin“, von Nikolaus Gáldonyi. (W. m. W., 1913, Nr. 26.) Verfasser berichtet über günstige Erfolge bei Furunkulose und Aufritt mit dem Hefepräparat Furunkulin Zyma, das örtlich in Salben- und Seifenform, intern in Tabletten- und Pulverform gegeben wird. O. Valentiner-Leipzig.

Die Behandlung der Furunkulose mit Autovakzinen, von Josef Willmes. (Diss., Gießen 1913.) Verfasser zeigt, daß in einigen Fällen von Furunkulose, bei denen jede andere Therapie versagt hatte, mit der Vakzination noch Dauerheilungen sich erreichen ließen. Trotzdem sind aber bei jedem Fall von Furunkulose zuerst andere Mittel zu versuchen, ehe man die immerhin umständliche und eingreifende Vakzination zur Anwendung bringt. Bei exakter Ausführung ist keine Gefahr für den Patienten damit verbunden. Die Behandlung mit selbstgewonnener Vakzine kann man nur in einem Krankenhaus durchführen, in dem alle bakteriologischen Hilfsmittel zur Verfügung stehen. Der praktische Arzt kann immerhin Versuche mit dem fertigen Präparat Opsonogen machen. Hierüber hat Verfasser keine eigenen Erfahrungen; es verspricht ihm aber aus theoretischen Erwägungen nicht so wirkungsvoll zu sein, da es keine spezifische Vakzine enthält. F. Loeb-München.

Kombinierte Jodtinktur-Ichthyolbehandlung der Furunkulose, von F. Berger-Köln. (M. Kl., 1913, Nr. 46.) Der Verfasser empfiehlt neben der bereits bekannten, fast klassischen Ichthyoltherapie der Furunkulose noch zur Verhütung des weiteren Umsichgreifens der Infektion, die Haut in der Umgebung der einzelnen Furunkel durch Tinct. jodi zu schützen. Er bepinselt Furunkel und Umgebung so lange noch Eiterung besteht, resp. noch das Vorhandensein von Staphylokokken angenommen werden muß, mit Tinct. jodi und unmittelbar darauf mit Ichthyol. pur., dann bedeckt er die Stelle mit einer dünnen Watteschicht oder Mull und Leukoplast; am nächsten Tage vorsichtiges Abwaschen mit warmem Wasser oder Seifenwasser und neuer Verband; der ev. abfließende Eiter vermag der durch die Jodtinktur geschützten Haut nicht zu schaden. Bei sehr vorgeschrittener Furunkulose verwendet Berger statt des reinen Ichthyols eine 10%ige Ichthyolvaseline. Er empfiehlt gleichzeitig schwefelhaltige Wasser und Salze oder Arsen innerlich zu verabreichen. O. Lasch-Breslau.

Zur Behandlung der Furunkulose im Säuglingsalter mittels Thermokauter, von M. E. Schubert-Heidelberg. (M. m. W., 1914, Nr. 14.) Verfasser hat die von anderer Seite schon empfohlene Verwendung des Thermokauters gegen Furunkulose bei einer Serie von Säuglingen mit schon erweichten, abszedierten Furunkeln angewandt und ist mit den Resultaten sehr zufrieden. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Vakzinetherapie der chronischen Furunkulose der Haut, von Th. Messerschmidt-Straßburg i. E. (M. m. W., 1914, Nr. 26.) Verfasser schildert die Technik der Methode und berichtet über 16 Fälle, welche er mit Autovakzinen behandelt hat. Von diesen sind nur zwei ohne Erfolg geblieben; das eine Mal handelte es sich um einen atrophischen Säugling mit allgemeiner Furunkulose und das andere Mal um einen Kranken mit nekrotisierender Akne. Aus beiden Eiterproben wurde ein Staphylokokkus albus gezüchtet, der aber wahrscheinlich nicht der eigentliche Erreger war. Bei den anderen

Digitized by Google

14 Fällen, welche sämtlich vorher viele Monate lang auf verschiedene Weise vergeblich behandelt worden waren, erfolgte Heilung durch die Vakzintherapie ohne weitere Hilfsmittel in 10—14 Tagen. A. Philippi-Salzschlirf.

Technik der Furunkelbehandlung — zugleich meine eigene Krankengeschichte, von Fried. (M. m. W., 1914, Nr. 46.) Verfasser ist nach den Erfahrungen, welche er am eigenen Körper gemacht hat, von dem Werte der Opsonogeneinspritzungen fest überzeugt. Diese Staphylokokkenemulsion wird von der chemischen Fabrik zu Güstrow (Mecklenburg) geliefert. Lokal hat das Bedecken mit Salizylseifenpflaster sich ihm als die zweckmäßigste und wirksamste Behandlungsart erwiesen. A. Philippi-Salzschlirf.

Untersuchungen über die Tona der Pferde auf Samoa, von S. v. Prowazek. (Arch. f. Schiffs- u. Trop. Hyg., 1913, Bd. 17.) In Samoa kommen häufig bei Pferden Granulationsgeschwüre unterhalb der Augen, sowie ziemlich große Granulationstumoren an den Füßen vor, die die Eingeborenen mit demselben Namen wie die menschliche Framboësie als „Tona" bezeichnen. In der Tat ist aber die Menschentona von der Pferdetona vollkommen verschieden. Pathologisch-anatomisch stellen diese Tumoren Akanthome dar, an denen Hyperkeratose und eine starke Entwicklung der Kutispapillen auffällt. Sie stehen den Warzenbildungen des Menschen am nächsten, die Jadassohn künstlich übertragen konnte. Die Übertragungsversuche, die P. bei Pferden machte, vielen leider negativ aus. Manche Beobachter führen die Tona der Pferde auf eine Allgemeinerkrankung zurück, andere wieder auf eine lokale Affektion der Füße infolge Verletzungen durch Korallen, besondere Pflanzen, Stacheldrahtzäune. E. Brinitzer-Altona.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Blitzschlagverletzung, von Rille. (M. m. W., 23. Februar 1915.) An der Oberextremität ein nekrotischer Herd gleich einer Verbrennung dritten Grades, von dem mehrere für solche „Blitzfiguren" charakteristische Verästelungen und Fortsätze ausgehen. A. Gappisch-Leipzig.

Kasuistische Mitteilungen aus der Praxis, von Petzoldt. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1914, H. 24.) 1. Fall von entwickelter sekundärer Lues, bei dem der Primäraffekt am rechten unteren Augenlide saß. 2. Typisch ausgebildete Tabes mit positiver Wassermann-Reaktion, die der Verfasser, da Luesinfektion geleugnet wird, auf Lepra zurückführt. 3. Ebenso typischer Tabesfall, der erwähnt wird, weil derartige Fälle bei Negern selten seien. 4. Sehr intensive Augenblennorrhoe bei zwei tripperkranken Negerinnen mit Panophthalmie. H. Boehme-Leipzig.

Verschiedenes.

Die Wiederwahl von Prof. Unna zum Oberarzte der Abteilung für Hautkrankheiten am Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf wurde vom Senate der Freien und Hansestadt Hamburg bestätigt.

Dr. Paul Thimm, früher Spezialarzt für Hautkrankheiten in Leipzig, zuletzt in Berlin, ist am 28. Februar gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tabenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. März 1915 | Nr. 13 | Band 60

Thigan, ein neues Antigonorrhoikum.

Von

Dr. W. Chrzelitzer, Posen.

Das idealste Antigonorrhoemittel ist dasjenige Präparat, welches imstande sein würde, durch energische Tiefenwirkung den Gonokokkus auf seinem Wege durch das Zylinderepithel und die submuköse Schicht in das Bindegewebe zu verfolgen und zu vernichten und gleichzeitig durch seine adstringierende, anämisierende Wirkung die durch den Gonokokkus und seine Toxine hervorgerufenen Entzündungserscheinungen zu mildern. Ein solches Mittel, das unter dem Namen Thigan von der Firma Dr. Georg Henning in Berlin in den Handel gebracht wird, erfüllt zum größten Teil diese Forderungen, wie aus den seit zwei Jahren ausgeführten Versuchen ersichtlich ist, in vorzüglicher Weise. Wer sich mit der Therapie der Gonorrhoe beschäftigt, kennt die vielen und nicht geringen Schwierigkeiten, mit denen der Therapeut zur Bekämpfung dieses sozialen Übels zu rechnen hat. Schon die ungeheure Zahl von Medikamenten, die alle geeignet sein sollen, den Tripper zu heilen, beweisen zur Genüge, daß die Gonorrhoe zu denjenigen Krankheiten gehört, die oft ihre Heilung dem Versuche und Zufall verdanken. Hingegen lehrt uns die allgemeine Erfahrung, daß dasselbe Präparat in dem einen Falle glänzend in kürzester Zeit zur Heilung führt, in einem anderen Falle trotz derselben Anwendungsbedingung vollständig versagt. So tun die vielfach empfohlenen Arbortivkuren mit den verschiedensten Präparaten in einem nur geringen Prozentsatze ihre Schuldigkeit, die die Gonorrhoe in drei Tagen kupieren sollen, doch können alle die „Spezifika" keine Heilung erzielen. Das mag einerseits auf der Verschiedenheit der Gonokokkenstämme beruhen, andererseits in der ihren Eigenschaften entsprechenden Verschiedenheit der Silbersalze. Schon aus diesem Grunde können wir ohne weiteres die Gonorrhoe, abgesehen von den sie begleitenden Komplikationen, zu den schwersten Leiden zählen. Es ist daher immer des Versuches wert, die vielen neuen Antigonorrhoika einer Prüfung zu unterziehen, bis es uns doch schließlich gelingen dürfte, ein wirkliches Spezifikum zu finden, wenn nicht eventuell doch einmal ein Heilserum, entsprechend allen neuen, therapeutischen Bestrebungen, das gewünschte Endziel erfüllen sollte. Ich

Digitized by Google

habe deshalb das Thigan seit fast zwei Jahren an einem reichlichen Material meiner Privatpraxis beobachtet und neuerdings in dem unter meiner Leitung stehenden Festungslazarett zu Posen in den verschiedensten Stadien der Gonorrhoe nachgeprüft, um ein sicheres Urteil abgeben zu dürfen.

Thigan ist eine chemische Verbindung von Thigenol und Silber. Es muß deshalb als das Silbersalz der Sulfosäure eines synthetisch hergestellten Sulfoöles bezeichnet werden, und zwar ist Thigan eine 2%ige Thigenolsilberlösung, die nach besonderem Verfahren haltbar gemacht worden ist. 1 ccm des Thigans enthält 1 mg Silber. Von jeher wurde das Silber als das idealste Trippermittel angesehen, wie z. B. das Argentum nitricum, in neuerer Zeit die Silbereiweißsalze — Protargol — Largin — Albargin u. a. m., die durch Auflockerung des Epithels in die Submukosa und das Bindegewebe gelangen, um die durch den Gonokokkus und seine Toxine hervorgerufene Hyperämie zu vergrößern und die wieder dadurch erwirkte Leukozytose als die natürliche Heilkraft zu erhöhen und zu unterstützen, um so dem eindringenden Gonokokkus energischen Widerstand entgegenzusetzen. Um die Wirkung eines Antigonorrhoikum zu verstehen, müssen wir uns zunächst den pathologischen Verlauf der Gonorrhoe vor Augen führen: Sobald das Bakterium das Plattenepithel der Fossa navicularis, die infolge der anatomischen Widerstandskraft niemals die eigentliche Lokalisation der eingeschlüpften Kokken ist, überschreitet und das Zylinderepithel erreicht, hat es das Bestreben, unter ständiger Vermehrung sich ausbreitend, zwischen den sich lockernden Zellen in die Tiefe, Taschen und Falten der Schleimhäute und Drüsengänge in das Bindegewebe zu dringen. Ebenso wie die Gonokokken rufen auch ihre Toxine neben der Veränderung des Epithels eine reaktive Entzündung hervor. Die dadurch entstehende Erweiterung der Blutgefäße des subepithelialen Bindegewebes veranlassen einen Austritt von Eiterserum und polynukleären Leukozyten, die nach der Oberfläche wandern und so dem Bakterium entgegenwirken. Die Gonokokken werden dadurch auf die Oberfläche der Mukosa gebracht und verbreiten sich hier in ausgiebigster Weise. Je länger der Tripperbazillus im Gewebe verbleibt, um so mehr gewöhnt sich die Mukosa an die Toxine, die entzündliche Reaktion wird geringer, die Energie der Reaktion ist nicht mehr groß genug, um den Gonokokkus aus dem Bindegewebe zu entfernen, so daß dann die uns wohlbekannten Rezidive auftreten, die so die Krankheit zu den verzweifelten Fällen machen. Das Sekret zeigt uns mikroskopisch dann nicht nur Eiterzellen mit zahlreichen Gonokokken, sondern auch Epithelien, bedeckt mit Rasen von wuchernden Kokken. Unter diesen Umständen ist es notwendig, ein Präparat in Anwendung zu bringen, das die Fähigkeit hat, in die Tiefe zu dringen, um

Digitized by Google

einerseits dem eindringenden Gonokokkus entgegenzutreten, andererseits durch seinen auf die unterste Schicht ausgeübten Reiz und dadurch eintretende, fluxionäre Hyperämie die im Bindegewebe befindlichen Kokken durch das Reizserum an die Oberfläche zu bringen, um dann gleichzeitig die auf der Oberfläche befindlichen Kokken abzutöten resp. sie zu eliminieren. Das von uns angewandte Thigan erfüllt dieses Postulat in eigenartiger Weise. Spritzt man nämlich dieses Thigan in die Harnröhre ein und hält es genügend längere Zeit in derselben (10—15 Minuten), so kann man, was ich durch Endoskopie festgestellt habe, die Beobachtung machen, daß sich die ganze Schleimhaut mit dem Präparat überzieht. Von hier dringt ein Teil des freiwerdenden Silbers dauernd in die Tiefe und erfüllt hier seine Vernichtungs- resp. Eliminierungsaufgabe, während die Thigenolkomponente den durch das Silber ausgelösten Reizzustand in einer Weise lindert, daß das Präparat durchweg als milde empfunden wird. Und gerade diese Eigenschaft befähigt seine Anwendung in akuten und chronischen Fällen der Urethritis anterior, weil infolge der Reizlosigkeit durch Verhinderung einer reflektorischen Kontraktion des Sphinkters das Medikament in die Urethra posterior eindringen kann, ohne schädlich zu wirken. Es kommt dadurch mit dem Virus in direkten und unmittelbaren Kontakt und ist insofern imstande, durch seinen dauernden Überzug der Mukosa dieses Bakterium abzutöten. Es unterstützt auf diese Weise die natürlichen Heilkräfte, ohne das Gewebe zu schädigen, eine Hauptforderung, die unbedingt erfüllt werden muß, wollen wir eine Gonorrhoe heilen ohne nachteilige, zurückbleibende Schäden wie chronische Katarrhe, Infiltration, Strikturen usw. Dadurch, daß das Präparat dauernd auf der Oberfläche liegen bleibt und von hier aus dem Gonokokkus zu Leibe geht, wird der Nährboden, um mit Jadassohn zu reden, so verschlechtert, daß die Gonokokken gleichsam ausgehungert werden. Bekanntlich kommt durch den Tripperprozeß eine teilweise Umgestaltung und Umstimmung des Epithels zustande, wodurch die Lebensbedingung des Gonokokkus erschwert wird; tritt aber hierzu noch die antiseptisch adstringierende Wirkung des Thigans, so wird dadurch um so mehr die Selbsthilfe des Organismus, das Bakterium aus dem Körper zu entfernen, unterstützt. Ich kann deshalb diese Kombination dieser zwei an und für sich bewährten Antigonorrhoika als eine glückliche Idee ansehen, um so mehr als beide sich gegenseitig unterstützen und ersetzen. Während die eine Komponente die Aufgabe hat, den Reizzustand in der Tiefe anzufachen und den Gonokokkus nach der Oberfläche zu befördern, nimmt das Thigenol den sich sonst auf der Schleimhaut ansiedelnden Bakterien jede Gelegenheit sich auszubreiten und zu vermehren. Auf diese Weise geht die Ent-

Digitized by Google

zündung schneller zurück, weil der durch die Gonokokken hervorgerufene Reizzustand und die Hyperämie in jeder Hinsicht gemildert werden. Das Thigan bildet somit eine hervorragende, antibakterielle Kraft, die alle Bakterien, welche in seinem Bereiche liegen, vernichtet. Einen besonderen, nicht zu unterschätzenden Vorzug besitzt das Thigan durch die fehlende Ätzwirkung, die leider bei vielen Silberpräparaten, wie z. B. Argentum nitricum, vorkommt und so leicht trotz seiner glänzenden, antibakteriellen Kraft Schaden anrichten kann. Die Wirkung unseres Präparates, das also eine Schwefelsilberverbindung darstellt, beruht nach Unna auf seiner oxydierenden wie reduzierenden Kraft. Sie ähnelt dem Höllenstein insofern, als bei der Einwirkung auf das Leben des Gewebes vorübergehende Oxydationen auftreten, die allerdings hinter der Oxydationskraft der Salpetersäure im Höllenstein zurückbleibt. Deshalb ist auch ihre Ätzwirkung hier nicht vorhanden. Infolgedessen ist das Thigan auch ganz besonders bei der weiblichen Gonorrhoe anzuwenden. Ich pflege gewöhnlich nach Ausspülung der Vagina einen in Thigan getränkten Tampon einzulegen, der sehr lange liegen bleiben kann, ohne eine Reiz- oder Ätzwirkung auszuüben und so am besten einen längeren Kontakt mit der gonokokkenreichen Schleimhaut bildet. Vermittels der Braun-schen Spritze kann man dieses reizlose Präparat auch in den Zervix applizieren. Daß der Gedanke, wie er im Thigan verwirklicht wurde, nämlich der dauernde Überzug der Schleimhaut mit dem angewandten Präparat, schon wiederholt versucht wurde, zeigen die Versuche Caros mit Tuboblennal und das Bruckschе Kaviblen. Beide Präpärate haben leider — so geistvoll und sinnreich dieser Gedanke der bewährten Autoren ist — nicht die gewünschte Wirkung erzielt. Einen weiteren Vorzug haben wir in der Unzersetzlichkeit des Thigans, welcher naturgemäß die Verwendung dieses Medikamentes durch den Patienten erheblich erleichtert. Ich habe dieses wertvolle Antigonorrhoikum bei einem großen Material (ca. 400 Fälle) in den verschiedensten Stadien angewandt und habe bei der akuten Anterior wiederholt beobachten können, daß am vierten Tage das Mikroskop keine Gonokokken aufwies. Ich will natürlich keineswegs das Thigan als ein Heilmittel bezeichnen, das mir in jedem Falle diesen glänzenden Erfolg in dieser Zeit zeitigte. Die Erfahrung lehrt uns zur Genüge, daß die Gonorrhoe sich bestimmten Silbersalzen gegenüber refraktär verhält und erst mit dem Wechsel des Silberpräparates ihre Virulenz ändert. Wir kennen aber auch Gonokokkenstämme, die der Anwendung der verschiedensten Silbersalze energischen Widerstand entgegensetzten. Ich habe aber trotzdem, wenn nach acht Tagen noch Gonokokken vorhanden waren, Thigan weiter anwenden lassen resp. selber dem Patienten appliziert, weil ja auch häufig die

Digitized by Google

falsch angewandte Methode durch den Patienten einen Mißerfolg veranlaßt. Ich habe ferner bei der Posterior Thigan in Form der Janetschen Spülungen versucht und habe weder Reizerscheinungen seitens der Urethra posterior noch der Blase erlebt. Deshalb erschien es mir als ein ganz hervorragendes Heilmittel der Cystitis gonorrhoica. Nach Ausspülung der Blase mit Borsäure applizierte ich ca. 100 ccm Thigan in die Blase, wo ich es so lange liegen ließ, als der Patient durch den die Zystitis begleitenden Tenesmus zur Ausscheidung genötigt wurde. Selbst bei Reizzuständen der Posterior, wo ich bisher jede lokale Therapie unterließ, konnte ich es mit dem Guyon-Katheter oder der Kutnerschen Druckspritze ohne Bedenken anwenden. Das Thigan wurde von den Patienten als durchweg sehr milde empfunden. Um die die Gonorrhoe begleitenden und den Heilungsprozeß aufhaltenden Erektionen zu mildern und zu beseitigen, habe ich statt der sonst üblichen Bromalkalien ein neues, von der Firma Hoffmann-La Roche fabriziertes Präparat Sedobrol angewandt, welches die besten Erfolge zeitigte. Sedobrol enthält 55% Bromnatrium, ferner Fett, Extraktivstoffe pflanzlichen Eiweißes und etwas Kochsalz. In heißem Wasser löst es sich zu einer Flüssigkeit, die angenehm würzig schmeckt, ohne das Bromsalz im mindesten zu verraten. Mit einem Ei verquirlt wird das Sedobrol als eine wohlschmeckende Bouillon gereicht.

Um es dem praktischen Bedürfnisse anzupassen, kommt das Thigan in zwei Packungen in Originalflaschen à 200 ccm in den Handel. Die Packung A enthält neben dem Medikament eine Tripperspritze sowie ein ca. 20 ccm fassendes Meßgefäß und wird beim Bezug des Präparates zweckmäßig zuerst verordnet. Die Packung B ist für den weiteren Bedarf bestimmt und enthält nur das Medikament. Die Dosis der Injektionsflüssigkeit beträgt 10—15 ccm, die mindestens dreimal täglich alle 8 Stunden (um 7 Uhr morgens, 3 Uhr nachmittags und 11 Uhr abends) angewandt wird. Es empfiehlt sich, die Injektionsflüssigkeit mindestens 15 Minuten lang in der Harnröhre zurückzubehalten. Auch bei der weiblichen Harnröhre konnte es mit Erfolg verwandt werden. Infolge seiner schon erwähnten Reizlosigkeit konnte es ohne Schaden auch bei Prostatitis und Epididymitis gebraucht werden.

Es erübrigt sich, jeden einzelnen Fall hier zur Illustration meiner Versuche anzuführen. Ich habe es bei jeder beginnenden, selbst schmerzhaften, akuten Urethritis anterior und posterior verordnet, ebenso bei der subakuten Urethritis posterior vermittels der Guyon- oder Ultzmannschen Spritze, in Form von Irrigationen in verdünnter Form. Bei der subakuten und chronischen Gonorrhoe in Form von Irrigationen und Druckspritze; bei Zystitis und Urethrozystitis, zu Scheidenspülungen und als Thigantampons; ebenso vermittels der Braunschen Spritze bei Zervixgonorrhoe.

Digitized by Google

Auch bei Vaginalblennorrhoe kleiner Mädchen zeigte es sich als ein sehr brauchbares und empfehlenswertes Präparat.

Zusammenfassend kann ich das Thigan als ein vorzügliches Antigonorrhoikum sehr empfehlen. In ihm ist in idealer Weise die gonokokkentötende, bakterizide Wirkung des Silbersalzes mit der adstringierenden, antophlogistischen und leicht resorbierenden Wirkung des Thigenols kombiniert und dadurch eine gleichzeitige bakterizide wie adstringierende Therapie in hohem Grade gewährleistet. Auffallend ist das Seltenwerden der Urethritis posterior, weil es die Gonokokken rasch abtötet, die Desinfektion schnell vorwärts schreitet und der Prozeß in seiner Ausbreitung verhindert wird.

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig
(Direktor: Prof. Dr. Rille).

Beiträge zur Statistik der Skabies auf Grund der von 1903 bis 1910 in der Leipziger Hautklinik behandelten 2470 Krätzekranken.

Von
Dr. Karl Wilke.

(Fortsetzung.)

Bei einer so verbreiteten Krankheit wie bei der Skabies ist es auch von Interesse, die geographische Pathologie dieser Krankheit zu erörtern. C. H. Fuchs (l. c.), der entsprechend dem damaligen wissenschaftlichen Standpunkte neben der durch Milben erzeugten Skabies noch eine spontan entstehende, dyskrasische Form derselben annahm, berichtet, daß diese letztere sich vorzüglich in Gebirgs- und Waldgegenden, in engen, düsteren Tälern entwickle; an manchen Orten komme sie endemisch vor, wie in Asturien und im Schwarzwalde. Über das endemische Vorkommen der Skabies berichtet auch Lanquetin[1]). Im französischen Jura gebe es mehrere Dörfer, in denen fast sämtliche Bewohner krätzekrank wären. Ferner soll es nach Mailhetard[2]) in einigen Kantonen der Schweiz, in der Niederbretagne, in Norwegen Landstriche geben, wo die Skabies in endemischer Form vorkomme. In seinem Handbuch der historisch-geographischen Pathologie macht Hirsch[3]) folgende Angaben. Die Geschichte der Krätze reiche, historisch wie geographisch

[1]) Lanquetin, Notice sur la gale. 1859, S. 63. — [2]) Mailhetard, Contribution à l'étude de la gale. Paris 1875, S. 35. — [3]) Hirsch, Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. Stuttgart 1883, Bd. 2, S. 250—253.

Digitized by Google

betrachtet, soweit wie das ganze Menschengeschlecht. In Europa sei die Krätze besonders zu Hause in Island, in Norwegen, Polen, Rußland, in einigen östlichen Bezirken von Deutschland und Frankreich, dann in der Türkei. In Asien seien es besonders die Bewohner von China und Japan, die von Krätze befallen wären, in letzterem sollen nach Berichten früherer Forscher drei Viertel der Bewohner krätzekrank sein. Unter den indischen Eingeborenen soll die Krätze enorm häufig sein. Auch im heißen Afrika finde man die Skabies. In Amerika sollen Brasilien und Peru die Hauptsitze der Krätze sein. Betreffs Peru berichtet Hirsch, daß man dort zwei Formen der Skabies unterscheide; eine leichtere, vesikulöse Form, die an der Küste vorherrsche, und eine schwerere, pustulöse Form, die besonders in den Gebirgsgegenden beobachtet werde.

Die Präponderanz in dem Vorherrschen der Krätze in den höchsten und niedrigsten Breiten im Gegensatze zu dem relativ seltenen Vorkommen in den gemäßigten Klimaten erkläre sich ebensowenig aus klimatischen Verhältnissen, wie die Häufigkeit der Krankheit unter den Eingeborenen jener Gegenden im Gegensatze zu der relativ geringen Zahl von Erkrankungen bei den Fremden aus Rassen- oder Nationalitätseigentümlichkeiten. Entscheidend hierfür sei lediglich das aus dem Grade allgemeiner Gesittung hervorgehende größere oder geringere Bedürfnis nach Reinlichkeit.

Daß die sozialen, vor allem die Wohnungsverhältnisse, einen wesentlichen Einfluß auf die Ausbreitung der Krätze haben, liegt auf der Hand. Eine wenn auch auf Vollständigkeit nicht Anspruch machende Untersuchung darüber, welche Stadtteile oder Straßen Leipzigs die meisten Skabiesfälle lieferten, hat folgendes gezeigt. Zum größeren Teil wohnten die Krätzekranken in der inneren Stadt, besonders: Bayersche, Brüder-, Berliner, Elisen-, Eisenbahn-, Friedrich-, Härtel-, Hohe, Kohlgarten-, Nürnberger, Seeburg-, Sternwarten-, Turner-, Windmühlen-, Zeitzer Straße. Die Brüder-, Härtel- und Turnerstraße waren vornehmlich von den an Krätze erkrankten Studenten bewohnt. Wer jemals, wenn auch nur flüchtig, die Friedrich- oder Seeburgstraße durchwandert hat, den wird es sicher nicht überraschen, daß hier die Krätze sozusagen zu Hause ist. Die Krätzekranken, die nicht in der inneren Stadt wohnten, verteilten sich ziemlich gleichmäßig auf die einzelnen Vororte von Leipzig; es war in dieser Beziehung keiner der Vororte etwa besonders bevorzugt. Einen nicht unbeträchtlichen Teil der Krätzeerkrankungen lieferten dagegen verschiedene Rittergüter in der Umgebung von Leipzig aus schon an anderer Stelle erörterten Gründen. Von den Patienten, die keine feste Wohnung hatten, waren die meisten zugereist, darunter gegen 300 Männer und nur 6 Frauen. Daß die Zugereisten, die zumeist aus schon seit

Digitized by Google

längerer Zeit beschäftigungslosen jüngeren Leuten sich rekrutieren und oft in sehr zweifelhaften Herbergen übernachten, so zahlreich an Krätze erkranken, ist nicht verwunderlich. 32 Krätzekranke waren überhaupt ohne Wohnung, also zumeist Bummler oder Landstreicher, die von der Polizei aufgegriffen und dann zur Behandlung ihrer Krätze dem Krankenhaus überwiesen worden waren. Aus dem Obdachlosenhause kamen 23 Patienten, darunter 2 Familien zu je 5 und 7 Köpfen, zur Behandlung. Von den 277 an Krätze erkrankten Kindern waren 5 Waisenkinder und 41 Kinder (20 Knaben und 21 Mädchen) unehelicher Abstammung, also 15%.

Die Krätze wird nicht, wie man vielfach im Publikum glaubt, durch eine flüchtige Berührung übertragen, sondern es ist dazu ein länger dauernder, intimer Kontakt nötig. Am ehesten ist das der Fall, wenn zwei Personen in einem Bett zusammenschlafen, also z. B. beim geschlechtlichen Verkehre. Nur drei Patienten machten bestimmte Angaben, daß sie ihre Krätze im Anschluß an einen Koitus akquiriert hätten.

Da in den ärmeren Familien das Zusammenschlafen der einzelnen Familienmitglieder vielfach üblich ist, so ist es natürlich, daß im Falle der Erkrankung eines Familienmitgliedes an Skabies bald auch die übrigen daran erkranken. In unserer Statistik sind es 14 Familien, deren sämtliche Mitglieder an Krätze erkrankt waren. Darunter befindet sich eine aus zehn Köpfen bestehende Familie, bei der die Krätze gewissermaßen endemisch geworden war; denn die Mitglieder dieser Familie sind nicht nur einmal, sondern oft und wiederholt abwechselnd während mehrerer Jahre zur Behandlung ihrer Krätze ins Krankenhaus gekommen. In 30 Fällen war die Mutter, in 16 Fällen der Vater mit einem oder mehreren Kindern zusammen erkrankt.

In über 50 Fällen waren es Geschwister, meist Kinder, die sich gegenseitig mit Krätze angesteckt hatten. Ferner machten in 17 Fällen Patienten die Angabe, sich bei Haus- oder Berufsgenossen die Skabies geholt zu haben. Ein Komiker gab an, daß die ganze Truppe, der er angehöre, an Skabies leide. Ein Student behauptete, sich bei einem seiner Kouleurbrüder angesteckt zu haben. In einem Falle waren es Gefängnisgenossen, in einem anderen Pfleger und Patient, die sich gegenseitig infiziert hatten. Mehrere Kranke gaben an, durch die bei ihnen wohnenden Schlafgänger angesteckt worden zu sein.

Von den subjektiven klinischen Symptomen der Skabies ist in erster Linie das Jucken zu nennen. Am heftigsten tritt dieses auf, nachdem die Patienten zu Bette gegangen sind und ihren Körper gehörig durchwärmt haben. Ein Teil der Autoren hält dieses für rein subjektiv bedingt, infolge der gesteigerten Sensibilität, da die Kranken durch keine

Digitized by Google

äußeren Einflüsse abgelenkt würden. Andere Autoren dagegen behaupten, daß bei erhöhter Temperatur die Milben sich lebhafter in ihren Gängen betätigen und so das heftige Jucken hervorrufen. Von unseren Patienten machte der größte Teil Angaben über Jucken besonders in der Bettwärme. Die Klagen über die Intensität des Juckens sind natürlich bei den einzelnen individuell sehr verschieden. So berichtete ein mit typischer Krätze behafteter Patient, daß er nur wenig Jucken verspürt habe, da er nur selten die wohltuende Wärme eines Bettes genossen habe.

DUBREUILH[1]) behauptet, daß es auch Formen von nicht juckender Skabies gebe und schuldigt hierfür eine besondere lymphatische Körperkonstitution an. Die nicht juckende Skabies könne sogar mit einer recht beträchtlichen Eruption von Knötchen und Pusteln einhergehen. Nur einer von unseren Patienten will niemals Jucken verspürt haben, trotzdem er das ausgesprochene Bild einer ziemlich ausgebreiteten Skabies darbot.

Gewissermaßen den Gegensatz hierzu bilden die sogenannten Akarophoben, welche nach Überstehen ihrer Krätze jede irgendwie auffällige Erscheinung auf die frühere Infektion beziehen und infolge Autosuggestion starkes Jucken zu verspüren glauben. Hiervon lassen sich aus unserem großen Materiale von Krätzekranken Beispiele genug anführen. In mehreren Fällen klagten Patienten, obwohl sie vorher eine gründliche WILKINSON-Kur durchgemacht hatten und objektiv durchaus nichts mehr von der Skabies zu finden war, über heftiges Jucken. Interessant ist ein von JOUANNAUD beobachteter seltener Fall, den DUBREUILH (l. c.) zitiert. Es handelte sich dort um eine an Skabies erkrankte Patientin, die eine durch Hysterie bedingte Anästhesie der einen Körperhälfte zeigte. Obwohl auf beiden Seiten des Körpers Milbengänge zu finden waren, verspürte die Patientin nur an der einen Körperhälfte Jucken und wies auch dort zahlreiche und ausgebreitete Kratzeffekte auf.

Von einer größeren Anzahl von Kranken (142) liegen Angaben darüber vor, an welcher Körperstelle das Jucken begonnen habe. In der weitaus größten Zahl der Fälle (84) soll das Jucken an den Händen und Vorderarmen eingesetzt haben. 25 männliche Kranke verspürten das Jucken zuerst am Genitale und an den Oberschenkelinnenflächen, was sehr natürlich ist, da die Skabies in sehr vielen Fällen am Genitale beginnt. Nach THIMMS[2]) Meinung verbreiten sich die Milben von der z. B. am Genitale lokalisierten primären Infektionsstelle entweder spon-

[1]) DUBREUILH, Artikel „Gale" in La Pratique Dermatologique. Paris 1901, Bd. 2, S. 736. — [2]) THIMM, Artikel „Skabies" in Venerische und Hautkrankheiten, redig. von JUL. WEISS. Wien, Teschen und Leipzig 1900, S. 696.

Digitized by Google

tan weiter, oder sie werden durch die kratzenden Finger an andere Orte übertragen und so sei es kein Wunder, daß nächst dem Genitale die Finger am häufigsten und frühesten erkranken. Fünf unserer Patientinnen verspürten angeblich das Jucken zuerst an den Brüsten. Die übrigen Patienten wollen das Jucken zuerst an den Achselfalten oder an den Beinen bemerkt haben.

Das sicherste objektive Symptom einer bestehenden Skabies ist die Anwesenheit von Milbengängen. Obwohl sie sich an jeder beliebigen Körperstelle finden können, so sind sie doch mit Vorliebe an gewisse Körperpartien gebunden, wodurch sich auch hauptsächlich die charakteristische Lokalisation der skabiösen Hautveränderungen erklären läßt. Diese bevorzugten Körperstellen sind vor allem die Interdigitalfalten und der Ulnarrand der Hände, die Gegend der Handgelenke, beim Manne das Dorsum und die Glans penis, beim Weibe die Brustwarzen, ferner der innere Fußrand und alle jene Hautstellen, welche einem ständigen Drucke oder einer fortwährenden Reibung ausgesetzt sind. Daß daneben Milbengänge an Stellen vorkommen, wo man sie am allerwenigsten vermuten dürfte, zeigt der viel zitierte Fall von SAEMISCH[1]), wo ein Milbengang auf der Kornea des Auges nachzuweisen war.

Unter 100 Skabiesfällen fand BOURGUIGNON[2]) Milbengänge 80mal ausschließlich an den Händen und 20mal an den Füßen, in der Achselhöhle, am Rumpf oder an den Geschlechtsteilen.

Bei unseren Patienten waren die Milbengänge, soweit solche nachweisbar waren, in gut vier Fünftel der Fälle an den Handgelenken und Interdigitalfalten lokalisiert. Bei 138 männlichen Patienten (7,6% der Fälle) waren Milbengänge am Genitale nachweisbar; in 17 Fällen, also 5,1%, wurden Milbengänge an der Mamma gefunden.

28 Patienten zeigten Milbengänge an den Fußsohlen, und zwar waren das in der Hauptsache kleine Kinder; denn von diesen 28 Kranken waren 18 unter 5 Jahren, davon 5 noch nicht 1 Jahr alt. Dies entspricht der allgemein gemachten Beobachtung, daß gerade bei kleinen Kindern und Säuglingen anders wie bei Erwachsenen die Milbengänge zuerst im Gesicht, an der Kopfhaut, an den Hohlhänden oder Fußsohlen vorkommen. Über Milbengänge im Gesicht liegen bei unseren Patienten keine Beobachtungen vor. Dagegen waren in einem Falle bei einem 3jährigen Kinde neben Milbengängen an den Achselfalten und Händen auch solche am Rücken nachweisbar. Außerdem wurden in 25 Fällen Milbengänge an den vorderen Achselfalten und in den Ellbeugen und in 13 Fällen

[1]) SAEMISCH, TH., Ein Fall von Scabies corneae. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1898, Bd. 36, S. 453. — [2]) BOURGUIGNON bei SIMON, Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. Berlin 1851, S. 307.

Digitized by Google

in der Nabelgegend beobachtet. Oft kommt es jedoch vor, daß trotz sorgfältigen Suchens keine Milbengänge zu finden sind, obwohl die übrigen Hauterscheinungen die sichere Diagnose gestatten. Dies war bei mehr als 210 unserer Patienten der Fall, darunter waren 20 Kinder. Da es bei Kindern besonders an den Händen oft zu ausgedehnten Pustelbildungen kommt, so ist es erklärlich, daß der Nachweis von Milbengängen hier öfters unmöglich ist. Bisweilen sieht man noch einen Milbengang als länglichen Streifen auf der Höhe einer Pusteldecke.

Neben den Milbengängen finden sich bei der Skabies vor allem ekzematöse Hautveränderungen, die zu einem Teile direkt durch die Milbe selbst, zum anderen Teil durch das Kratzen und Reiben, wozu das von Skabies befallene Individuum infolge des mehr oder minder starken Juckreizes getrieben wird, hervorgerufen werden. Das skabiöse Ekzem befällt in typischer Weise das Hautterritorium von den Brustwarzen bis zu den Knien, vor allem die vordere Gegend des Stammes von den Warzen abwärts, die Achselfalten, die Schamgegend, die inneren Oberschenkelflächen, ferner die Gegend der Handwurzelgelenke, die Interdigitalfalten, die Streckseiten der Ellbogen, die Nates, die Unterschenkel, wenig oder gar nicht die Rückengegend. Bedingt ist diese charakteristische Lokalisation außer durch den Sitz der Milbengänge vor allem durch die Art und Weise, wie und an welchen Körperstellen sich die Menschen im allgemeinen zu kratzen pflegen, Verhältnisse, die seit den fundamentalen Darlegungen HEBRAS zur Genüge bekannt sind. Die ekzematöse Eruption besteht in der Hauptsache meist aus grießkorn- bis stecknadelkopfgroßen Knötchen, minder häufig aus Bläschen oder Pusteln; in vielen Fällen finden sich diese verschiedenen Effloreszenzenformen vermischt vor.

JARISCH[1]) meint, man sei berechtigt, eine trockene und eine feuchte Form der Skabies zu unterscheiden. Bestimmend hierfür sei einmal das bei den einzelnen Menschen differente Reinlichkeitsbedürfnis, dann aber vor allem die Individualität der betroffenen Patienten. Die differente Reaktionsfähigkeit der Haut verschiedener Individuen bringe es mit sich, daß unter gleichen Verhältnissen bei dem einen die trockene, bei dem anderen die feuchte Form der Skabies auftrete. JARISCH weist darauf hin, daß die eigentümliche Beschaffenheit der kindlichen Haut den Eiterkokken einen besonders günstigen Nährboden darbiete und den Umstand erkläre, warum die Skabies sich bei jugendlichen Individuen so häufig unter der Form der Scabies pustulosa präsentiere. DUBREUILH (l. c.) führt die pustulöse Form der Skabies bei jungen Leuten hauptsächlich auf eine besondere lymphatische Konstitution derselben zurück.

[1]) JARISCH, Hautkrankheiten. Wien u. Leipzig 1908, S. 1003.

Digitized by Google

Bei mehr als drei Viertel unserer Patienten bestanden die skabiösen Hauterscheinungen im wesentlichen aus Knötchenbildungen, vermischt mit mehr oder minder zahlreichen Kratzeffekten.

In 221 Fällen wurde Scabies pustulosa beobachtet, und zwar verhältnismäßig öfter bei weiblichen Patienten (95 Fälle) als bei den männlichen, was sich durch die zartere, empfindlichere Beschaffenheit der weiblichen Haut erklären läßt.

Von den 221 Patienten, welche die pustulöse Form der Skabies darboten, waren 80 Kinder, von den übrigen standen die meisten im Alter von 15 bis 25 Jahren. Betreffs der Lokalisation der pustulösen Eruptionen ist zu bemerken, daß in der Mehrzahl der Fälle (in 144 Fällen) besonders die Vorderarme, Handgelenke und Hände davon befallen waren; besonders häufig war diese Lokalisation bei den Kindern, nämlich in 60 Fällen, zu finden. In 23 Fällen waren vornehmlich die Füße und Unterschenkel der Sitz reichlicher Pustelbildungen; bei mehr als 20 Patienten hatten sich am Gesäß, besonders in der Gegend über den Sitzbeinknorren, zahlreiche Pusteln entwickelt. In den übrigen Fällen wurden die Pusteln verstreut am ganzen Körper gefunden. 15 Patienten, darunter 10 Kinder, wiesen impetiginöse Krankheitsherde am Körper auf.

In einer nicht geringen Anzahl der Fälle kam es im Verlauf der Skabies zu Abszeß- und Furunkelbildung. Die Ursache hierfür ist ja in den zahlreichen Exkoriationen gegeben, die einer Infektion mit Eiterkokken leicht ausgesetzt sind. Bei 30 Kranken kam es zur Bildung einzelner Furunkelherde. Diese waren lokalisiert in 11 Fällen an den Unterschenkeln und Füßen, in 5 Fällen an den Nates, in 4 Fällen am Bauch, 4mal in einer der Achselhöhlen, 6mal an den Unterarmen sowie in der Hals- und Nackengegend.

Abszesse entwickelten sich in drei Fällen. Bei einem 7jährigen Knaben entwickelte sich ein Abszeß in der rechten Schenkelbeuge, bei einem $1\frac{1}{2}$ Jahre alten Mädchen ein solcher in der linken Achselhöhle. Die Entwicklung multipler Abszesse in beiden Achselhöhlen, an den Oberschenkeln und im Gesäßbereiche wurde bei einem 24jährigen Graveur beobachtet.

Bei zwei Frauen im Alter von 21 und 25 Jahren entwickelte sich eitrige Mastitis, die einen chirurgischen Eingriff nötig machte. Auch SARDA[1]) beobachtete einen Fall, wo sich bei einer mit Skabies behafteten Patientin ein Abszeß der einen Mamma nebst Lymphangitis bildete. In unseren Fällen waren 15mal die Mammae, speziell die Warzenhöfe, der Sitz ausgedehnter und intensiver pustulöser sowie ekzematöser Eruptionen.

[1]) SARDA, Ref., Derm. Zschr., 1900, Bd. 7, S. 590.

Digitized by Google

Wenn auch in der Mehrzahl der Fälle der Nachweis von Milbengängen einerseits, die typische Lokalisation des skabiösen Ekzems andererseits die bestimmte Diagnose stellen läßt, so gibt es doch Fälle, wo man weder Milbengänge noch hinreichend charakteristische ekzematöse Hauterscheinungen vorfindet. Derartige fragliche Fälle von Skabies wurden bei unseren Patienten 27 mal beobachtet; trotzdem aber wurden diese Patienten mit der üblichen Krätzekur behandelt, was in allen solchen zweifelhaften Fällen sicher das Zweckmäßigste ist.

Ferner bestehen in der Intensität der skabiösen Hauterscheinungen bei den einzelnen Patienten Unterschiede, die einmal durch die Zeitdauer der bestehenden Skabies, andererseits aber auch durch besondere individuelle Verhältnisse bedingt sind. Während bei dem einen schon nach kurzem Bestehen der Krankheit sich hochgradige Hautveränderungen zeigen, können sie bei einem anderen trotz längerer Dauer recht geringfügig sein.

DUBREUILH (l. c.) ist der Ansicht, daß die Skabies in den besser situierten Gesellschaftskreisen nur wenig ausgesprochene Erscheinungen mache und daher oft schwer zu diagnostizieren sei.

HYDE[1]) berichtet, daß in den westlichen Staaten von Nordamerika die typischen Formen der Skabies sehr viel seltener als in Europa zu finden seien, und führt dies auf den reichlichen Gebrauch von Seife und Wasser zurück. In ähnlicher Weise spricht sich BOWEN[2]) aus, der Untersuchungen über die Verbreitung ansteckender Hautkrankheiten an den Schulen zu Boston angestellt hat.

Betreffs der Lokalisation der skabiösen Hauterscheinungen beobachtet man gleichfalls gelegentliche Abweichungen von der Norm; dies gilt insbesondere für das Kindes- und Säuglingsalter. Mit Recht sagt BRANDWEINER[3]): „Je älter das Kind, desto typischer die Lokalisation." NEUMANN[4]) sowie MONTI[5]) führen die Häufigkeit von Milbengängen des Gesichts und der behaarten Kopfhaut auf die Berührung mit der skabiös erkrankten Mutter- oder Ammenbrust zurück. Ein derartiges Befallensein des Gesichts war in unseren Fällen bei 8 kleinen Kindern zu beobachten, von denen 5 noch nicht 1 Jahr alt waren. In 5 Fällen wies auch der Kopf ekzematöse Eruptionen auf, die eine Folgeerscheinung der bestehenden Krätze bildeten. Die zarte Hautbeschaffen-

---

[1]) HYDE, Skabies in den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika. Ref. Arch. f. Derm., 1905, Bd. 77, S. 456. — [2]) BOWEN, Contagious Affections of the Skin in Preparatory Schools and Colleges. Boston 1911, S. 4. — [3]) BRANDWEINER, Hautkrankheiten des Kindesalters. Leipzig und Wien 1910, S. 96. — [4]) NEUMANN, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 5. Aufl., Wien 1880, S. 591. — [5]) MONTI, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Berlin und Wien 1903, Bd. 3, S. 844.

Digitized by Google

heit der Säuglinge und jüngeren Kinder ist die Ursache, daß die Skabies in diesem Alter besonders häufig in pustulöser Form auftritt, speziell bei längerer Dauer der Erkrankung. Die Pusteln sitzen meist an Händen und Füßen, wo auch am ehesten die Milbengänge zu finden sind. Im Gefolge der reichlicheren, nicht bloß in der Gegend der Gelenke, sondern auch am Stamme lokalisierten Pustel- und Blasenbildung kommt es dann zu umfangreicher Borkenauflagerung, wie bei einem ausgedehnten, impetiginösen Ekzem, wobei sogar der Rücken, der bei größeren Kindern und bei Erwachsenen gewöhnlich frei zu bleiben pflegt, in diffuser Weise erkrankt sein kann. Solch universelle Ausbreitung ist bei uns in 16 Fällen verzeichnet; die Hälfte derselben betraf Kinder im 1. Lebensjahre, die übrigen waren 2—5 Jahre alt.

Mitunter zeigt auch die Skabies der Erwachsenen betreffs ihrer Lokalisation gelegentliche Abweichungen vom gewöhnlichen Typus. So können die Hände, welche am häufigsten Milbengänge oder deren Folgeerscheinungen in Form von Knötchen, Bläschen oder Pusteln aufweisen, bei auf peinliche Sauberkeit haltenden Personen vollständig frei bleiben. Nach CANTRELL[1]) ist die Lokalisation der Krätze an den Händen bei den Bewohnern der Vereinigten Staaten von Nordamerika viel seltener zu finden, weil die Hände dort reinlicher gehalten würden. Ferner beobachtet man das Freibleiben der Hände bei Individuen, die berufsmäßig mit Chemikalien, Seife, Lauge, Kalk zu tun haben oder deren grobe Arbeit zu einer schwieligen Verdickung ihrer Hände führt; also bei Maurern, Malern, Schlossern, Wäscherinnen usw. Bei unseren Patienten finden wir dieses Verhalten in 44 Fällen, und zwar bei 35 männlichen und 9 weiblichen Kranken. Unter den 35 Männern, deren Hände frei von Krätzeerscheinungen blieben, finden wir 5 Buchdrucker und Lithographen, die viel mit Terpentin und Säuren zu tun haben, 2 Drogisten, 2 Maurer, die bis zuletzt arbeiteten, 1 Studierenden der Chemie, 1 Mediziner, ferner 3 Maler, mehrere Töpfer und Ziegeleiarbeiter, 2 Maschinisten, bei denen wahrscheinlich die Einwirkung des Feuers und der Hitze das Befallenwerden der Hände verhütete.

Von den 9 Frauen war die Mehrzahl als Dienstmädchen und Wäscherinnen beschäftigt.

Bei den Angehörigen verschiedener Berufe finden wir ein intensives Befallensein der Nates, besonders in der Gegend über den Sitzbeinknorren, oft in Form von reichlichen Pustelbildungen oder ausgedehnten ekzematösen Hautveränderungen. HEBRA unterscheidet in dieser Beziehung zwei Gruppen von Berufen, die Schneider und Schuster, die ihr

[1]) CANTRELL, About Scabies, its symptoms, diagnosis and treatment. Ref., Arch. f. Derm., 1894, Bd. 28, S. 411.

Digitized by Google

Handwerk hauptsächlich im Sitzen ausüben, und die Angehörigen der zumeist im Stehen ausgeübten Handwerke wie Tischler, Schlosser, Schmiede, bei denen die Glutäalgegend oft sehr wenig oder gar nicht affiziert sei.

Von unseren männlichen Patienten zeigten 52 besonders ausgedehnte und intensive Veränderungen an der Haut der Nates, teilweise sogar in der Form von furunkulösen Prozessen; darunter wurden gezählt 10 Schneider, 9 Schuhmacher, dann 12 Angehörige sitzender Berufe, wie Kontoristen, Schriftsetzer, Sattler, Korbmacher. Bei den übrigen war ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Beruf und Lokalisation der skabiösen Hautveränderungen nicht klar ersichtlich. Von 34 Schuhmachern, die BERGH (l. c.) in seiner Statistik aufzählt, hatte die Hälfte Ekzem und Furunkel an den Nates; dasselbe fand BERGH bei mehreren Schneidern, Fuhrleuten und Sattlern.

Von den 4 weiblichen Patienten, die hier in Betracht kommen, waren 3 als Schneiderinnen, 1 als Putzmacherin beschäftigt. Ein fast völliges Freibleiben der Glutäalgegend war bei unseren Patienten in 18 Fällen zu beobachten; darunter befanden sich 2 Metallschleifer, 2 Schlosser, 3 Zimmerleute, mehrere Laufburschen und Hausdiener, alles Berufe, die größtenteils im Stehen oder Gehen ausgeübt werden.

Der Rücken, der im allgemeinen bei Erwachsenen von der Skabies nicht affiziert wird, war bei 30 Patienten mehr oder weniger intensiv befallen, also in 1,7% der Fälle.

Eine plausible Erklärung für dieses abweichende Verhalten ist nur in einem kleinen Teil der Fälle zu erbringen. Es handelt sich hier um Berufsangehörige, bei denen das häufige und lange Tragen von Lasten auf dem Rücken üblich ist. Von solchen Berufsangehörigen wurden gezählt: 2 Markthelfer, 2 Hausierer, 2 Dienstmänner, 1 Hausdiener und 1 Packer.

Das Genitale, das oft den Ausgangspunkt für die Krätze bildet, war bei 38 männlichen Kranken frei geblieben; das sind 2% von der Gesamtzahl. BERGH, der auch hierüber Angaben macht, fand ein derartiges Verhalten bei $^1/_5$ bis $^1/_7$ der Männer.

(Schluß folgt.)

Bücherbesprechungen.

Taschenbuch des Feldarztes, 2. Teil mit 1 Tabelle und 2 Abbildungen. (J. F. Lehmann, München.) Als Fortsetzung des „Vademekums des Feldarztes" ist das „Taschenbuch des Feldarztes" erschienen. Schon die Namen der Mitarbeiter geben eine Bürgschaft für den Wert und die Zweckmäßigkeit des Inhaltes. Ebenso wie der erste Teil beschränkt sich auch das „Taschenbuch des Feldarztes" auf das rein medizinische Gebiet.

Digitized by Google

Im Interesse des Büchleins, welches nach dem Wortlaute des Vorwortes dem im Felde stehenden Truppenarzte die Erfüllung seiner besonderen Aufgaben erleichtern soll, wäre die Anführung und Besprechung einschlägiger Teile der Friedens- und Kriegssanitätsordnung durchaus wünschenswert, und es könnte dieser Tatsache in einer folgenden Auflage Rechnung getragen werden. Der Zweck des Buches will den Weg weisen zu rascher Erkennung der hauptsächlichsten Kriegsseuchen und zu raschen sachgemäßen Entschlüssen, die deren Bekämpfung und Verhütung erfordern. Das wichtige Kapitel der Kriegsseuchen ist von Dieudonné, Weichardt und Sittmann bearbeitet worden und enthält in gedrängter übersichtlicher Form unter Berücksichtigung der Ergebnisse moderner Forschung alles Wünschenswerte zur Erkennung, Behandlung und Verhütung. Im Anschluß daran werden kurze Überblicke über einige wichtige innere Erkrankungen, ferner über Kriegsschädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems (Spielmeyer), der Geistesstörungen (Gudden), des Auges (Salzer), der Ohren (Hasslauer), der Haut, der Harn- und Geschlechtsorgane (Heuck) gegeben. Klare und präzise Darstellung bei möglichst knapper Diktion zeichnet sämtliche Kapitel aus. Die Wertschätzung der Zweigläserprobe für das Bestehen einer blennorrhoischen Infektion in der vorderen oder hinteren Harnröhre besteht längst nicht mehr zu Recht und führt zu Täuschungen. Höllensteinlösung soll für die Behandlung frischer Blennorrhoen heute nicht mehr empfohlen werden; Protargol oder besser Albargin genügen für die Periode der Gonokokkeninvasion. Die Empfehlung der Abortivkur, vom Verfasser mit Recht als im Feld wenig aussichtsvoll bezeichnet, wird am besten an dieser Stelle unterbleiben. Vortrefflich und beherzigenswert sind die in Abschnitt VIII von Gruber aufgestellten hygienischen Forderungen: A) Geschlechtskrankheiten und Rassenhygiene, B) Bekämpfung des Alkoholmißbrauches. Ein Verzeichnis der Arzneimittel mit besonderer Berücksichtigung der Kriegssanitätsordnung beschließt das Buch. Ein alphabetisches Schlagwörterverzeichnis erleichtert zweckmäßig die Handhabung.

Den vorgenannten Zweck erfüllt das Büchlein in jeder Beziehung, und es dürfte sich in kurzer Zeit zu einem sehr praktischen, unentbehrlichen Inventarstück des im Felde stehenden Arztes herausbilden. E. R. W. Frank-Berlin.

Die Hausinfektionen und ihre Bekämpfung, von A. Lippmann-Hamburg. (Leipzig 1914, F. Leineweber.) Verfasser beschäftigt sich mit den Infektionen, die sich an einer beliebigen Krankheit leidende Patienten im Krankenhaus zugezogen haben (Hausinfektionen) und die in St. Georg-Hamburg von 1910—1912 bei einer Aufnahmezahl von durchschnittlich über 24000 pro Jahr durchschnittlich 196 betrugen, unter denen 20 während der Inkubationszeit aufgenommene inbegriffen sind. Neben der an der Spitze stehenden Diphtherie bilden Scharlach und Masern die Hauptzahl der Infektionen, während die übrigen Infektionskrankheiten, mit Ausnahme von Wasserpocken, ganz erheblich zurücktreten. Für das Personal kommt außer Diphtherie nur Scharlach in ganz geringem Maße (2) in Betracht. Unter den im Stadium der Inkubationszeit aufgenommenen befanden sich besonders Kinder mit frischen Knochenbrüchen, bei denen am 8.—10. Tage nach der Aufnahme Masern ausbrachen. Auch besonders häufig waren unter dieser Abteilung Fälle von Wasserpocken, die sich erst 14 Tage nach der Krankenhausaufnahme entwickelten. E. Klemm-Leipzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. Cutis.

Nachtrag zur Cholera- und Typhusgangrän. Die symmetrische Gangrän im Balkankriege. Kein Frostschaden, von A. Welcker-Amsterdam. (Zbl. f. d. ges. M., 1913, Nr. 46.) In Ergänzung einer früheren Arbeit über Fälle von symmetrischer Gangrän auf türkischer Seite, bespricht Verfasser nunmehr das Vorkommen dieser Erkrankung auf bulgarischer Seite. Er faßt noch einmal die Unterschiede von Frostgangrän und den nach seiner Meinung als Gangränepidemien aufzufassenden Formen zusammen. Diese letzteren Fälle entstanden ohne vorausgegangene Kältewirkung unter den Augen des Arztes im Spital. Die Kranken litten furchtbare Schmerzen. Blasenbildung war nicht vorhanden. Alle hatten als typische Anamnese: vorangegangene Cholera oder Typhus abdominalis, Dysenterie oder Diarrhöen. Verfasser glaubt, daß auch der starke Nikotinabusus von schädlichem Einfluß gewesen ist. E. Brinitzer-Altona.

Komplementablenkung bei Hautleishmaniose, von G. Pavone-Catania. (Pathologica, 1914, Nr. 133.) Schlußfolgerungen: 1. Das Blutserum von Kranken mit Hautleishmaniose hemmte, mit Milzextrakt und Kondenswasser aus Leishmaniaekulturen, stets und vollständig die Hämolyse, und zwar selbst in kleinsten Dosen; bei den Versuchen mit Kondenswasser aus sterilem N. N. N.-Nährsubstrat oder mit Wassermann-Reaktionsantigen erfolgte keine Hemmung. 2. Das Blutserum von Kaninchen, die mit toten Kulturen von Leishmania infantum behandelt worden waren, verhielt sich in derselben Weise. 3. Das Blutserum normaler Menschen und Kaninchen übte keine hämolysehemmende Wirkung aus. 4. Durch Kontrollversuche konnte eine jede antikomplementäre Wirkung der Sera und der Antigene ausgeschlossen werden. K. Rühl-Turin.

Über Häufigkeit, Verbreitung und Symptome der Leishmaniose der Haut und der Schleimhäute in Unteritalien (äußerliche Leishmaniose), von Francesco La Cava. (Zbl. f. Bakt., 1914, Bd. 74, H. 5/6.). Die Leishmaniose — die Orientbeule — ist verbreiteter als man im allgemeinen annimmt. Wir finden die Schleimhaut- und die Hautleishmaniose im neuen und alten Erdteil, in den Tropen und in den Steppen Rußlands und sie wird überall durch dieselben Parasiten hervorgerufen. Die Krankheit ist stets von Fieber begleitet, beginnt mit einem kleinen hellroten Pickel, der leicht juckt und sich mit der Zeit in eine Pustel verwandelt und eitert, wobei sich auf der Oberfläche meist Krusten bilden. Die umliegenden Gewebe röten sich und bilden so ein ziemlich deutliches Merkmal. Die umliegenden „Gangli" enthalten die charakteristischen Keime. Man unterscheidet ein abortive, desquamative, krustöse und stark eitrige Form. Gewöhnlich dauert die Krankheit ein Jahr, sie kann aber auch länger dauern.

W. Chrzelitzer-Posen.

Über vier Fälle von Hautblastomykose beobachtet in Wien, von M. Oppenheim-Wien. (VII. Internat. Kongr., Rom 1912.) O. glaubt die von ihm in New York vorgestellten Fälle von H. als eine besondere Form der Hautblastomykose auffassen zu dürfen, wegen des Sitzes an der Nase, wegen der Kombination akut entzündlicher mit chronisch indurativen respektive exulzerierenden Prozessen, wegen des konstanten Vorkommens hefeähnlicher Gebilde, deren Kultur auf den entsprechenden Nährboden nicht gelingt und wegen der therapeutischen Erfolge mit Jodnatrium in großen Dosen.

O. Gans-Hamburg.

Digitized by Google

Beitrag zur Kenntnis der Hautblastomykosen, von Hermann Kehl-Marburg. (Beitr. z. kl. Chir., 1914, Bd. 94, H. 3.) Mitteilung eines Falles von Blastomycosis cutis, wobei es dem Verfasser gelungen ist, im Ausstrichpräparat der unter aseptischen Kautelen aus der von intakter Epidermis gebildeten Pustel entnommenen Sekrets neben Eiterzellen sprossende Hefezellen nachzuweisen, und zwar nur Hefezellen ohne Beimischung anderer Mikroorganismen. Desgleichen ist aus dem schleimigen grauweißgelblichen Sekret, das in Bouillon gebracht wurde, ausschließlich Hefe gezüchtet worden. Schließlich hat sich der gezüchtete Hefestamm als tierpathogen erwiesen, und konnten aus dem Tierkörper Parasiten mit denselben kulturellen Eigenschaften, wie das Tierversuchausgangsmaterial in Reinkultur wieder gezüchtet werden, womit er die Forderungen zum Nachweis des Erregers und zur Sicherstellung der Diagnose für erfüllt erachtete.
W. Chrzelitzer-Posen.

Myzetoma pedis mit schwarzen Körnern, von A. Peperr. (Morgagni, 1914, Nr. 25.) Der 33jährige Landmann bemerkte im Alter von 15 Jahren am rechten Fußgewölbe das Auftreten eines haselnußgroßen, wenig dolenten Knotens, der erweichte, ulzerierte und eine eiterähnliche Masse entleerte, in der sich schwarze Körnchen, wie Kautabak, befanden. Es stellten sich rasch ähnliche Knoten ein, die denselben Verlauf nahmen und nach einer gewissen Zeit der Ulzeration mit hypertrophischen Narben abheilten. In den folgenden Jahren zeigte die Affektion eine gewisse Regelmäßigkeit, indem im Frühjahre, eingeleitet durch heftiges Jucken, ein neuer Schub von Knötchen erschien, die ulzerierten und schwarze Körner entleerten, dann im Herbst zu heilen begannen und im Winter vernarbten. Patient konnte trotz geringer Schmerzen seiner Arbeit nachgehen. Im Laufe der Jahre wurde aber der rechte Fuß doppelt so dick wie der linke, so daß der Kranke nicht mehr arbeiten konnte und die Muskulatur des Beines der Inaktivitätsatrophie anheimfiel. Deshalb wurde der Fuß abgenommen. Es fand sich, daß alle Gewebe, die Knochen eingeschlossen, von Knoten durchsetzt waren, die aus schwarzen Körnern bestanden. In diesen wurde mikroskopisch und kulturell ein Pilz nachgewiesen, der mit Madurella mycetomi von Laveran identifiziert werden konnte.
R. Frühwald-Leipzig.

Neuartige Parasitenbefunde bei der Jerichobeule, von Huntemüller-Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1914, Bd. 73, H. 2.) „Plasmosoma Jerichoense" nennt H. einen Parasiten, den er als Erreger dieser Beulenkrankheit anspricht. Der Parasit — der Leishmania ähnlich, wenn auch bedeutend kleiner als dieser und nicht doppelkernig — liegt in großen mononukleären Zellen oft in großer Zahl zusammen. Nach Delafield mit Hämatoxylin gefärbt, tritt er besonders gut hervor und zwar in Form von Siegelringen. Frei im Gewebe findet er sich nur selten und ist dann noch kleiner. Eigenbewegung ließ sich nicht sicher feststellen. In Erythrozyten und Leukozyten wird der Parasit nicht gefunden, wohl aber in großen Plasmazellen, die dem Bindegewebe oder dem Endothel der Kapillaren entstammen können. Nach Gram ist er nicht darstellbar, färbt sich mit polychromem Methylenblau-Unna blau. Die Entscheidung betreffs Protozoen- oder Pilznatur des Parasiten steht noch aus.
O. Gans-Hamburg.

Die Ätiologie von Oroyafieber und Verruca peruviana, von Prof. Richard P. Strong-Cambridge, Mass. (New York m. J., 14. März 1914.) Verfasser erklärt auf Grund seiner Untersuchungen die von vielen Forschern unterstützte Ansicht, als seien Oroya- oder Carrionsfieber und Verruca peruviana identische Krankheiten und ersteres nur das Anfangsstadium der Verruca, für völlig falsch, wenn auch beide Affektionen in den gleichen (tropischen) Gegenden und vielleicht auch oft bei ein und demselben Individuum vorkommen. Oroyafieber wird durch einen spezifischen Parasiten, zum Typus von Protista gehörig, wahrscheinlich mit Grahamella verwandt, verursacht und

Digitized by Google

seine Hauptsymptome sind außer Fieber hochgradige Anämie, große Abgeschlagenheit; Leber, Milz und Knochenmark zeigen charakteristische Veränderungen (Degenerationserscheinungen und Nekrose), tötliches Ende ist häufig. STRONG beschreibt zweierlei Formen des spezifischen, im frischen Blut und in Dauerpräparaten desselben gefundenen Parasiten, der wahrscheinlich identisch ist mit dem von BARTON (Bartona bacilliformis) als Ursache für Oroyafieber und Verruga beschriebenen. Die Hauptmerkmale von Verruca sind die verschiedenen Arten von Hauteruption und die Gelenkschmerzen in Verbindung mit leichtem Fieber. Wiewohl Experimente an Affen gezeigt haben, daß die Überimpfung aus den Hautknoten (der Menschen) Immunität gegen spätere Infektion hervorruft, und ein ähnliches Resultat auch einmal beim Menschen erzielt wurde, so ist es noch nicht gelungen, den spezifischen Erreger von Verruca peruviana zu finden. Diese Schwierigkeit hängt wohl damit zusammen, daß Verruca und Oroyafieber in den gleichen Gegenden vorkommen und in denselben auch Malaria vorherrschend ist. Immerhin ist es möglich, Personen zu finden, die mit einer oder anderen allein infiziert sind. und bei diesen kann es in Anbetracht der Symptome, der Blut- oder Überimpfungsprobe und der Sektionsbefunde eine Verwechslung, wie Verfasser überzeugt ist, nicht geben.

M. Stern-München.

Zur Histologie der Verruca peruviana, von H. DA ROCHA-LIMA-Hamburg (Vh. d. D. pathol. Ges., 1913, XVI. Tagung.) Verruca peruviana ist eine Infektionskrankheit, welche sich dadurch auszeichnet, daß sie zunächst unter dem Bilde einer allgemeinen, schweren, fieberhaften Erkrankung — Oroyafieber — auftritt und später zur Bildung von Knötchen in den verschiedensten Organen führt. Die Knötchen haben sehr häufig ihren Sitz in der Haut, so daß kleine prominente, warzenähnliche Tumoren sichtbar werden. Die Krankheit scheint nur in Peru vorzukommen. Verfasser hat nur Hauttumoren untersucht. Diese stellen in der Regel kleine, linsengroße, rötliche Efflorescenzen dar, die halbkugelig aus der Haut hervorragen. Der Grundvorgang bei der Bildung der Verrucatumoren ist eine Wucherung von Gefäßelementen. Die kompakten Gewebszüge und Zellnester sind nach Ansicht des Verfassers als eine geschwulstartige Wucherung von Angioblasten aufzufassen. Zusammenfassend bestehen die Verrucaknötchen aus Endothelsprossen, Blutgefäßen und aus mehr oder weniger ödematös oder hämorrhagisch durchtränktem und lymphozytär infiltriertem Bindegewebe, deren relative Menge und Anordnung in den verschiedenen Knoten oder in verschiedenen Stellen eines und desselben Knotens große Abweichungen aufweisen können, so daß sie bald ein granulierendes, bald ein sarkomatöses, bald ein myxomatöses und bald ein angiomatöses bzw. kavernöses Aussehen bieten können.

G. Heymann-Elbing.

Über die brasilianische Figueira, von MAX RUDOLPH-Estrella do Sul. (Arch. f. Schiffs- u. Trop. Hyg., 1914, Bd. 14.) Die Figueira ist eine Hauterkrankung, die als warzige Erhebungen an einem Fußrücken beginnt und, stets einseitig bleibend, als blumenkohlartige Papillomwucherung Unter- und Oberschenkel ergreift. Über den Erreger der Erkrankung war bisher nichts bekannt, der Verfasser aber konnte bei einer Anzahl seiner Fälle einen Blastomyces isolieren, der vielleicht als der Erreger in Betracht kommt.

H. Boehme-Leipzig.

Die Behandlung der Framboësie durch die intramuskuläre Injektion von Salvarsan, von R. P. COCKIN-Grenada, Britisch-Westindien. (Lanc., 6. Dez. 1913.) Verfasser hat 45 Fälle von Framboësie im Alter von 4—35 Jahren im Krankenhaus zu Grenada (Britisch-Westindien) mit Salvarsan behandelt. Aus finanziellen Gründen konnte nur ein Teil (12,5%) der aufgenommenen Patienten mit dem neuen Mittel behandelt werden, und es wurden deshalb gerade die schwersten und refraktärsten Fälle ausgesucht. Trotzdem betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer bei diesen nur 23,6 Tage,

Digitized by Google

während diese Zeit bei der sonstigen Behandlung mit Jod und Quecksilber $3^1/_2$—4 Monate betrug. Die Dosis variierte von 0,15—0,6 g. Es wurde folgende Technik befolgt: Das Salvarsan wurde aus der Ampulle in ein trockenes steriles Reagenzglas gegeben und mit 0,6—0,7 Glyzerin verrührt; alsdann wurde mit heißer 0,5%iger Kochsalzlösung auf 10 ccm aufgefüllt und mit einer ganz aus Glas bestehenden Spritze in die Gesäßmuskulatur injiziert. Auf einer vom Tuber ischii nach der Spina anterior suprior ilei verlaufenden Linie war die Grenze zwischen dem mittleren und dem oberen Drittel der Ort des Einstichs. Nach der Injektion wurde sofort mit Kollodium verklebt. Die Patienten wurden drei Tage im Bette gehalten. Abgesehen von mäßigem und kurzdauerndem Fieber kamen bemerkenswerte Störungen nicht vor. A. Philippi-Salzschlirf.

Späterscheinungen der Framboësie beim Neger, von R. Lurz. (Arch. f. Schiffs- u. Trop. Hyg., 1914, Bd. 20.) Nachdem die Anfangserscheinungen der Framboësie, die bekanntlich in himbeerartigen Wucherungen bestehen und die sowohl spontan als unter dem Einflusse der Behandlung leicht heilen, geschwunden sind, ist der Kranke nicht als geheilt anzusehen, da oft noch nach Jahren weitere Erscheinungen auftreten können. Sie bestehen in charakteristischen Hautveränderungen an Armen und Beinen und beginnen gewöhnlich im mittleren Lebensalter als schwärzliche papelartige Infiltrate. Im Laufe der Jahre kommt es zu einer Resorption des Infiltrats und Schwinden des Pigmentes vom Zentrum aus, so daß schließlich vollkommen weiße Flecken mit dünner, glatter, pergamentähnlicher Haut zurückbleiben. Die Framboësie ist also ein chronisches Leiden, das sich bei vielen Erkrankten durch das ganze Leben hinzieht. H. Boehme-Leipzig.

Zwei ungewöhnliche Fälle von Hautdiphtherie, von Frank Crozer Knowles und Leonard D. Frescoln-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 1. August 1914.) Fall I. J. W., kräftiges Mädchen von vier Jahren; bis jetzt immer gesund gewesen. Drei Tage vor der Untersuchung trat zugleich mit Halsentzündung ein Ausschlag am Körper auf. Man beobachtete am Stamm, an den Extremitäten und am Hinterteil zwei Dutzend pustulöse und bullöse Effloreszenzen von Erbsen- bis Taubeneigröße, und weißlich bis orangegelbe Färbung. Die großen Blasen hatten einen entzündlichen Hof und entleerten beim Platzen einen dicken käsigen, gelben Eiter. Der Hals war geschwollen, die Nackendrüsen verdickt, die Patientin war unruhig und hatte hohe Temperaturen. Membranöse weiße Flecken auf beiden Tonsillen. Es wurden Kulturen aus einer nicht rupturierten Blase am Unterleib, sowie auch von dem Mandelbelag gemacht. Von beiden Stellen erhielt man Diphtheriebazillen, einen vom Typus D, die anderen vom Typus C nach der Westbrookschen Klassifikation; auch Staphylokokken fand man. Die Patientin erhielt 3,000 Einheiten des Antitoxins, kam ins städtische Krankenhaus und starb nach zwei Tagen. Fall II. Mary W., Schwester von Nr. 1, acht Jahre alt, immer gesund gewesen, bekam einen Tag vor der Untersuchung Halsentzündung und eine Eruption der Haut. Die rechte Mandel war mit einer weißen Membran bedeckt. Temperatur mäßig hoch. An Stamm und Extremitäten fanden sich etwa ein Dutzend Effloreszenzen von Erbsen- bis Haselnußgröße, ähnlich denen ihrer Schwester. Der entzündliche Hof war weniger markiert, der Blaseninhalt von dünner Konsistenz. In beiden Kulturen fand man Diphtheriebazillen, Typus C der Westbrookschen Klassifikation und Staphylokokken. Patientin bekam 1,250 Antitoxineinheiten und kam ebenfalls ins städtische Krankenhaus; obgleich sie dort auch noch Scharlachfieber bekam, wurde sie doch schließlich gesund. Hautdiphtherie kommt in verschiedensten Formen vor; es gibt ulzeröse, gangränöse, ekzematöse, impetiginöse, pustulöse, ekthymatöse, vesikuläre, bullöse, dermatitis-herpetiformis-ähnliche Typen, Tumoren und Abszesse. Die beiden obigen Fälle hatten einen bullös-impetiginösen Typus und der eine Fall endete mit dem Tode. Die Infektion der Haut kommt vor durch Autoinokulation, durch infizierte Gegenstände und von

Digitized by Google

Person zu Person. Sie kann die Haut primär befallen, auf ihr begrenzt bleiben, oder auf die Schleimhäute übertragen werden, gewöhnlich aber tritt sie sekundär als Folge von Hals-, Nasen- oder Kehlkopfdiphtherie auf. Bei Hautdiphtherie muß der Klebs-Löffler-Bazillus immer vom Pseudodiphtheriebazillus (Hoffmann) unterschieden werden. Der Diphtheriebazillus ist besonders ausgezeichnet durch metachromatische Körnchen, durch säureproduzierende Eigenschaften und durch tödliche Resultate bei Tierimpfungen. Hautdiphtherie ist eine beständige Ansteckungsquelle, zumal sie oft lange Zeit nicht erkannt wird; sie kann sehr chronisch verlaufen oder rapide tödlich enden.

F. John-Leipzig.

Darf bei weichen Schankergeschwüren prophylaktisch Salvarsan angewandt werden? von E. Hoffmann-Bonn. (M. m. W., 1914, Nr. 27.) Gegenüber dem Standpunkt von H. Müller (M. m. W., 1914, Nr. 23) erklärt Hoffmann es für durchaus nicht gerechtfertigt, ohne bestimmt gestellte Diagnose eine Salvarsantherapie einzuleiten. In zweifelhaften Fällen wird man außer der genauen klinischen Beobachtung und der in regelmäßigen Abständen auszuführenden Wassermann-Reaktion noch die Punktion des Geschwürsgrundes oder auch die Exzision eines kleinen Stückchens vom Rande des Geschwürs vornehmen. Die Verzögerung der antisyphilitischen Behandlung ist auch nicht von allzu großer Bedeutung, da auch erst verspätet behandelte Primärsyphilide und sogar beginnende Sekundärerscheinungen mit sehr seltenen Ausnahmen eine günstige Prognose bei der Salvarsantherapie ergeben. A. Philippi-Salzschlirf.

Darf bei weichen Schankergeschwüren prophylaktisch Salvarsan angewandt werden? von H. Müller-Mainz. (M. m. W., 1914, Nr. 36.) Gegenüber der Kritik von E. Hoffmann verteidigt Müller nochmals seinen Standpunkt, daß es rationell sei, auch bei den als Ulcus molle imponierenden Geschwüren auf alle Fälle Salvarsan von vornherein zu verabreichen. Die Fälle von reinem Ulcus molle seien relativ selten — er stellt eine Statistik zusammen von 10 weichen Schankern bei 95 Primärsyphiliden und 4 Mischinfektionen — und man habe bei sofortiger Salvarsandarreichung den Vorteil, die gefährliche Zeit der Gehirnaffektionen im Primärstadium zu umgehen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Operative Behandlung der iliakalen Drüsenentzündung bei weichem Schanker, von Gaymard. (Thèse de Paris, 1913.) Eine iliakale Adenitis im Verlaufe eines weichen Schankers ist eine so seltene Affektion, daß ihr Vorkommen sogar von vielen klassischen Verfassern geleugnet worden ist. Verfasser hat aber 50 derartige Fälle unter Michon beobachten können, über die er das Wesentlichste anführt. Die chirurgische Behandlung besteht in einer Exstirpation der inguinalen und iliakalen Drüsen, tunlichst mit einem Schnitt. F. Loeb-München.

Behandlung des Bubo mit Röntgenstrahlen, von Walter Wittig-Hamburg. (D. m. W., 1913, Nr. 48.) 11 Fälle von Bubo wurden mit Röntgenstrahlen behandelt; davon wurden 4 Fälle nur mit Strahlen behandelt, 3 Fälle erst geöffnet und dann bestrahlt, schließlich noch 4 Fälle, die vorher operativ behandelt, aber fistulös geworden waren. Bestrahlt wurde in 4—8tägigen Intervallen zu je $^1/_3$—$^1/_2$ Erythemdosis; in allen Fällen trat rasche Heilung ein, wobei besonders auffiel das ganz kurz nach dem Bestrahlen auftretende Nachlassen der Schmerzen. A. Fischer-Dresden.

Über die Behandlung der vereiterten Bubonen mit dem von Edelmann und von Müller angegebenen Methylenblau-Silber, von Johann Saphier und L. zum Busch. (D. m. W., 1913, Nr. 48.) Verfasser halten als die beste Behandlungsmethode für den Bubo suppurativus das Langesche Verfahren: Stichinzision, Entfernung des Eiters mit der Bierschen Saugglocke und Einspritzung von Argent. nitric., darüber dann feuchter Verband. An Stelle des Argent. nitric. verwenden nun Verfasser Methylenblau-

Digitized by Google

Silber in Konzentrationen von $^1/_2$—5 %, etwa 10 ccm. 124 Fälle wurden so behandelt und es zeigte sich, daß der Erfolg mit dieser Methode, was den Heilungsverlauf anbetraf, ein noch besserer war, als bei der Anwendung des Argent. nitric.

A. Fischer-Dresden.

Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Rhinophyma durch „Dekortikation", von Aimé Paul Heineck-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 10. Januar 1914.) Den guten Erfolg beweisen photographische Aufnahmen vor und nach der Operation. Diese bestand in der Abtragung der Gewebswucherungen mit einem scharfen Rasiermesser über dem wechselweise in die Nasenlöcher eingeführten Zeigefinger unter Schonung des Stützgerüstes der Nase. Dieses operative Vorgehen zeichnet sich aus durch Einfachheit, Sicherheit, Wirksamkeit und kurze Dauer, scheint aber merkwürdigerweise nicht häufig ausgeführt zu werden.

H. Fendt-Wiesbaden.

Behandlung des Rhinophymas mit Elektrolyse, von Bordier. (Semaine méd., 1913, Nr. 51.) Bordier verwendet die bipolare Elektrolyse mit 3 Nadeln. Man sticht in den zu behandelnden Teil 3 Nadeln von Platiniridum, die parallel in 2 Millimeter Abstand voneinander stehen. Die mittlere Nadel wird mit dem positiven, die beiden anderen werden mit dem negativen Pol verbunden. Der Strom wird progressiv bis auf 40 MA gebracht und die Zerstörung ist eine genügende, wenn die Gewebe von einer Nadel zur anderen eine graue Färbung angenommen haben. Dann geht man mit der Stromstärke zurück und zieht die Nadeln heraus. Die zerstörte Masse trocknet aus und löst sich in etwa 14 Tagen ab. Sind die großen Lappen zerstört, so bleiben oft noch kleinste Rauhigkeiten zurück. Diese zerstört Bordier mit Diathermie und zwar mit einer zugespitzten Metallelektrode. Das entstehende Narbengewebe ist weich und von normaler Färbung.

A. Gunsett-Straßburg.

Die elektrische Behandlung des Rhinophyms, von H. Bordier-Lyon. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 2.) Bei dem Rhinophym handelt es sich anatomisch der Hauptsache nach um enorm entwickelte Talgdrüsen; das Zellgewebe und die verdickte Kutis sind der Sitz eines chronischen Entzündungsprozesses. Verfasser bezeichnet diesen Zustand als ein „Polyadenom der Talgdrüsen mit Pachydermie". Zur Behandlung empfiehlt Bordier angelegentlich die Elektrolyse, die er meist sogar ohne Anästhesie anwendet. Seine Erfolge sind vom ästhetischen Standpunkte aus ausgezeichnet. Die Technik besteht darin, daß man in die zu zerstörende Masse drei unter sich parallele Platin-Iridiumnadeln einführt, von denen die mittlere Nadel mit dem positiven, die beiden anderen mit dem negativen Pol in Verbindung stehen. Der Strom wird langsam eingeschaltet und allmählich auf 40 MA gebracht. Nimmt das Gewebe zwischen den Nadeln eine graue Farbe an, so ist eine genügende Einwirkung erzielt. Nach einigen Stunden nimmt die zerstörte Masse ein schwärzliches Aussehen an, in der Folge wird sie brandig, vertrocknet dann und ungefähr 14 Tage nach der Sitzung hat sich alles gereinigt. Zuweilen bleiben nach der elektrolytischen Behandlung großer Rhinophymlappen kleine Erhebungen oder Rauhigkeiten zurück, für diese nimmt Verfasser die Diathermie zu Hilfe. An 9 Abbildungen werden die kosmetisch glänzenden Resultate illustriert.

H. Rausch-Darmstadt.

Aktinomykose des Nackens und Gesichts, von A. Poncet-Lyon. (M. Press a Circ., 22. Juli 1914.) Junge Frau von 21 Jahren aus Bresse, einem feuchten Ort, wo viel Getreide gebaut wird; aus dieser Gegend sind schon öfters Fälle von Aktinomykose nach Lyon gekommen. Die Frau ist eine Bäuerin, die viel mit Vieh, besonders mit Kühen zu tun hat. Die Krankheit begann mit Schmerzen im Unterkiefer und Anschwellung. Da mehrere hohle Zähne vorhanden waren, wurde zuerst ein Zahnarzt konsultiert, der mehrere Extraktionen machte; die Beschwerden besserten sich zwar,

Digitized by Google

aber nur für wenige Tage. Dann verschlimmerte sich der Zustand, es trat Trismus auf und die Submaxillardrüsen schwollen an. Als die Patientin ins Hospital kam, bestand eine ausgedehnte Anschwellung der Backe und Submaxillargegend; die Geschwulst war rötlichblau, entzündet, von pappiger Konsistenz, ohne Neigung zur Eiterung. Hier und da entstanden fluktuierende Bläschen; beim Öffnen derselben entleerte sich kein Eiter, sondern ein charakteristisches blutig gefärbtes Serum mit gelben Körnchen, deren mikroskopische Untersuchung die aktinomykotische Natur der Krankheit erwies. Ein Fehlen dieser spezifischen Elemente schließt jedoch die Diagnose nicht aus, da dieselben namentlich nach begonnener Jodbehandlung schnell verschwinden. Pathognomisch für diese Krankheit ist der ausgesprochene Trismus, das Sprechen ist gestört und das Kauen unmöglich. Die Behandlung besteht in äußerlicher und innerlicher Jodbehandlung. In hartnäckigen Fällen wird außerdem noch Arsenik subkutan gegeben; ferner setzt man die befallenen Teile gern den Sonnenstrahlen aus, da diese die Weiterentwicklung der Krankheit zu hindern vermögen. F. John-Leipzig.

Atypische Aktinomykose, von J. Nicolas Massia, Gaté und Pillon. (Lyon méd., 1914, Nr. 20.) Vorstellung eines Knaben mit Aktinomykose, die aber verschiedene Eigentümlichkeiten darbot. So vor allem das Freibleiben des Kopfes; dafür waren andere Körperteile, die Brust, die Beine befallen. Teilweise hatten die Herde das für Aktinomykose charakteristische Aussehen, andere dagegen waren ganz uncharakteristisch, wie kalte Abszesse, pustulös, zirzinär angeordnet, ekthymatös. Die Diagnose wurde mikroskopisch sichergestellt. R. Frühwald-Leipzig.

Über die Behandlung der Aktinomykose mit Röntgenstrahlen, von Emil Sardemann-Marburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. 90, H. 1.) Auf der Marburger Klinik hatten die Röntgenbestrahlungen der Aktinomykose guten Erfolg. W. Chrzelitzer-Posen.

Rhinosklerom, von O. Richards-Cairo. (Brit. m. J., 20. Sept. 1913.) Verfasser berichtet unter Beigabe von Abbildungen (bei Gelegenheit der Jahresversammlung der British Medical Association) über 4 zum Teil kolossal ausgebildete Fälle von Rhinosklerom bei Ägyptern. Da die chirurgische und die interne Behandlung (Jodkalium) beide keinerlei Aussicht auf Erfolg bieten, hat er durch Injektion einer mit dem Rhinosklerombazillus hergestellten Vakzine einzuwirken versucht; doch war auch hierbei irgend ein Erfolg nicht zu verzeichnen. A Philippi-Salzschlirf.

Ein mit Vakzine erfolglos behandelter und durch Anwendung physikalischer Behandlungmethoden gebesserter Fall von Scleroma respiratorium der Nase und des Rachens, von H. Mestscherski und F. Grintschar. (B. kl. W., 1914, Nr. 11.) Es handelt sich um einen 25jährigen Patienten, aus dem Kiewer Gouvernement gebürtig. Sowohl eine örtliche als allgemeine Vakzinotherapie mit inkapsulierten und auch mit dekapsulierten Bazillen war völlig erfolglos. Dagegen brachte einen vollen Erfolg die Behandlung mit physikalischen Methoden, unter diesen in erster Reihe die X-Strahlen. G. Heymann-Elbing.

Salvarsan beim Rhinoskleroma, von Louis G. Kaempfer-New York. (New York m. J., 28. März 1914.) Nach Behandlung eines eigenen Falles und Berücksichtigung der andererseits behandelten Fälle kommt Kaempfer zu dem Schlusse, daß nach den bisherigen Erfolgen Salvarsan ohne Wirkung auf das Rhinosklerom ist. Im übrigen erklärt Kaempfer, die Ursache desselben sei noch so weit von sicherer Erklärung, wie je zuvor entfernt und der Frischsche Bazillus nur bei Sekundärinfektionen anwesend. Die amerikanische Literatur würde zweifellos viel mehr Fälle des Leidens aufweisen, wenn bei der Diagnose von Nasentumoren zweifelhafter Natur mehr an dasselbe gedacht würde. Die besten therapeutischen Mittel sind gegenwärtig noch X-Strahlen und Radium. M. Stern-München.

Digitized by Google

Granuloma fungoides, von M. G. Wohl-Philadelphia. (Am. J. m. Scienc., Oktober 1914.) Verfasser schildert einen typischen Fall von Mycosis fungoides mit Einschluß des histologischen Befundes von einem mittelgroßen Tumor. Die Literatur ist abrißweise berücksichtigt. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Fall von Pseudo-Elefantiasis, von Paul W. Howle-Richmond, V. A. (J. of Am. m. Assoc., 1914, Bd. 63, Nr. 7.) Eine farbige Arbeiterin, wahrscheinlich Prostituierte, bekam vor drei Monaten Anschwellungen beider Labien, schmerzlos, aber stark juckend. H. findet bei der Untersuchung an beiden Labien bis zu den Knien herabhängende Geschwülste; dieselben sind zum Teil ulzeriert und sondern große Mengen von Lymphe ab. Gewichtsabnahme seit Beginn der Krankheit = 20 Pfund. Filaria sanguinis hominis werden nicht gefunden, Wassermann: positiv. Die mikroskopische Untersuchung der Tumoren ergab stark ödematöses Bindegewebe und geringe perivaskuläre Anhäufungen von Rundzellen. H. gab seine erste Diagnose: Elefantiasis auf und erinnerte sich nach längerer Beobachtung, daß auch bei infiltrierender Syphilis ähnliche Erscheinungen vorkommen. Die zusammen 12 Pfund schweren Geschwülste wurden zunächst operativ entfernt; da nach einer Woche bereits Rezidive auftraten, wurde mit Erfolg Salvarsan gegeben; das Ödem verschwand prompt und eine zweite Dosis Salvarsan nach drei Wochen brachte die Heilung mit Verlust der Labien.

F. John-Leipzig.

Über anämisches Erysipel, von Ernst v. Czyhlarz. (B. kl. W., 1914, Nr. 23.) Verfasser bezeichnet als solches drei Fälle, die klinisch gerade wie Erysipel verliefen, nur daß der erysipelatösen Schwellung die Rötung fehlte, die Gesichtspartien vielmehr blaß und weiß waren, ähnlich wie nephritische Schwellungen. E. Klemm-Leipzig.

Erysipelas kontra Nephritis, von F. Glaser. (B. kl. W., 1913, Nr. 48.) Eine subakute, mit stärksten Ödemen, Aszites, Hydrothorax einhergehende Nierenentzündung ging bei einem 12jährigen Knaben infolge eines Rumpf- und Oberschenkelerysipels in dauernde Heilung über, bei welchem Vorgange einerseits antitoxische Wirkungen, andererseits, vielleicht auch infolge der Hauthyperämie, veränderte Zirkulationsverhältnisse in der Niere eine Rolle gespielt haben können. G. Heymann-Elbing.

Erysipelas staphylococcicum, von Reiche. (Zbl. f. d. ges. M., 1914, Nr. 44.) Ein typisches Erysipel nahm seinen Ausgang von einer oberflächlichen Hautläsion am Nasenrücken, anscheinend einem Herpes, und überzog Nase, obere Wange, Lider, Stirn und Kopfhaut. Der Parenchymsaft aus seinen lebhaft entzündeten Randpartien und das Blut im Leben wie nach dem Tode, enthielt ausschließlich den Staphylococcus albus. Im Gegensatz zu den Streptokokkenerysipelen, die meistens lokal blieben, scheinen die Staphylokokkenerysipele — wie auch im vorliegenden Falle — zu schweren pyämischen Gesamterscheinungen und Exitus zu führen. E. Brinitzer-Altona.

Über die Behandlung des Erysipels, von Arneth. (Ther. d. Gegenw., Sept. 1914.) Auf Grund jahrelanger Erfahrung bei der Behandlung von mehreren Hunderten von Erysipelfällen kommt A. zu demselben Schlusse, zu dem die erfahrensten Kliniker, besonders sein Lehrer Leube, gekommen sind, daß die Rose zu den von selbst (d. h. von innen heraus) heilenden Krankheiten gehört und daß sie daher (einstweilen) nur symptomatisch zu behandeln ist. Darum ist und bleibt auch bei der Rose die allgemeine Kräftigung des Organismus, die Behandlung des Herzens, die Bekämpfung des hohen Fiebers, die Regelung der Ernährung, des Stuhlgangs, die gute Pflege die Hauptsache. Als beste symptomatische Behandlung empfiehlt A. 3—4 mal täglich mit einem Haarpinsel 5% Karbolöl auf die erkrankten Partien und Umgebung (kein Verband!) aufzupinseln. Eine Karbolintoxikation wurde trotz zahlreicher und ausgedehnter Anwendung nie beobachtet. Das Karbolöl wirkt entspannend, resorptiv-desinfizierend und anästhesierend. Die Blut-

Digitized by Google

untersuchung beim Erysipel nach der vom Verfasser angegebenen qualitativen Blutuntersuchungsmethode hat ergeben, daß das neutrophile Blutbild bei mehr oder minder erhöhter Leukozytenzahl zu Anfang am schwersten geschädigt ist, und daß dann ziemlich parallel Leukozytenzahl und Blutbild wieder zur Norm zurückkehren. Die kritische Entscheidung geht scheinbar im Blute vor sich und macht das unberechenbare Verhalten des Erysipel erklärlich. Verfasser bespricht die gesamte Erysipeltherapie anderer Verfasser; er verhält sich aus den oben angegebenen Gründen zumeist ablehnend, besonders gegen die Methoden der Erzeugung eines künstlichen Schutzwalls, der Serumtherapie und der Autovakzination. E. Brinitzer-Altona.

Die Therapie des Erysipels mit Antidiphtherieserum, von O. Poláк-Böhmisch-Brod. (M. m. W., 1914, Nr. 47.) Die von einigen wenigen Verfassern empfohlene Verwendung von Antidiphtherieserum bei Erysipel bestätigt P. auf Grund seiner Erfahrungen bei 73 damit behandelten Patienten durchaus, was wenigstens die unkomplizierten Fälle betrifft. Er hat im Krankenhaus seit 1905 allerdings auch 62 Erysipelkranke ohne Serum behandelt und hatte dabei eine Mortalität von 9,6%. Bei der Behandlung mit Serum war aber die Mortalität viel geringer (4,1%), und die durchschnittliche Behandlungsdauer war um acht Tage abgekürzt. Es ist aber nötig, ausgiebige Dosen zu verabreichen, mindestens 3—4000 oder auch 5000 Einheiten, und die Injektion zu wiederholen, falls in 24—48 Stunden ein wesentlicher Erfolg nicht eingetreten sein sollte. Die Injektionen wurden von P. teils subkutan, teils intramuskulär gegeben, ohne daß ein wesentlicher Unterschied in der Wirkung zu erkennen wäre. Wo sehr schnelle Wirkung erwünscht ist, dürfte die intravenöse Einführung anzuraten sein. A. Philippi-Salzschlirf.

Abortive Erysipelbehandlung, von Joh. Kumaris. (B. kl. W., 1914, Nr. 20.) Verfasser empfiehlt als solche nach seinen Erfahrungen in allerdings nur einem Falle, einem Soldaten, der ein Erysipel des Oberschenkels hatte, die möglichst bald vorzunehmende Kauterisation der ganzen geröteten Oberfläche mit dem Thermokauter in einer Sitzung. E. Klemm-Leipzig.

Zur Behandlung des Erysipels, von V. Berglund-Halmsted. (Almänna Svenska Läkaretid., 1914, Nr. 21.) Verfasser hat in 15 Fällen von Erysipel mit verschiedener Ausbreitung Kälte an den Grenzen des Erysipels angewandt, teils in Form von Äthylchlorid (im Gesicht und am Kopf), teils von Ätherspray. Selbst bei ausgedehnten Fällen hat er ausgezeichnete Resultate gesehen. Die Kälte muß täglich mehrere Male angewendet werden und zwar sehr energisch, und keine Stelle darf übergangen werden.
W. Holland-Kristiania.

Beitrag zur Frage: Behandlung des Erysipels mittels Kälte, von G. Nyström. (Almänna Svenska Läkaretid., 1914, Nr. 22.) Im Anschluß an vorstehende Mitteilung Berglunds erwähnt Verfasser, daß er das Erysipel mit Kohlensäureschnee auf die verschiedenste Weise behandelt hat, ohne ein spezielles Resultat gesehen zu haben. Er glaubt, daß die physikalische Wirkung bedeutungslos ist, daß aber die chemische (von Äther, Äthylchlorid) möglicherweise etwas Gutes an sich haben kann.
W. Holland-Kristiania.

Zur Behandlung des Erysipels, von J. Ammitzböll. (Almänna Svenska Läkaretid., 1914, Nr. 23 u. 25.) Von der Ansicht ausgehend, daß das Erysipel von einem Bakterium verursacht wird, das der Luft zu seiner Entwicklung bedarf, „erstickt" Verfasser seit 15 Jahren die Mikrobien durch Pinselung mit Kollodium, so daß eine feste Decke mindestens 6 cm über die Grenze des Prozesses hinaus gebildet wird.
W. Holland-Kristiania.

Die örtliche Behandlung des Erysipels mit Jodtinktur, von F. Parisi-Modena. (Policlinico, 1913, Nr. 35.) Außer der großen Einfachheit und Reinlichkeit bietet die

Digitized by Google

Behandlung des Erysipels mit Jodtinktur den großen Vorteil, daß eine Ausdehnung des infektiösen Prozesses in der Umgebung verhütet und die Dauer der Krankheit abgekürzt wird. Da die reine Jodtinktur lokale Schmerzen hervorrufen kann, empfiehlt Verfasser die Anwendung eines Gemisches, zu gleichen Teilen, von Jodtinktur und Glyzerin, das ebenso gut wirkt. K. Rühl-Turin.

Über die kutanen Erscheinungen bei Malaria, mit besonderer Berücksichtigung einer Form von Ekthyma, von L. Chimisso-Neapel. (Riforma med., 1914, Nr. 13—14.) Bei Malariakranken kommen verschiedenartige Hautmanifestationen vor. Von primären Effloreszenzen wurden beobachtet: Flecken (Strack, Notaryanni, Comparetti, Puccinotti u. a. m.), Papeln (Torli, Barbarotta, Moscato), Papulovesikeln (Brocq), Knoten oder Tuberkula (Puccinotti, Obedenaro, Laveran, Massucci), Pomphi, Bläschen, Blasen (Dorotea, Döring), Pusteln (Dekker, Haller, Lanzoni, Torli, Borsieri, Notaryanni, Puccinotti, Dorotea, Barbarotta); von sekundären Effloreszenzen: Schuppen (Puccinotti), Geschwüre (Cross). Von Hauteruptionen kommen vor: Herpes (Corre, Kelsch und Kiener, Marchiafava und Biguami, Laveran, Mac Farlane, V. J. Engmann), Urtikaria (Werlhoef, Borsieri, Puccinotti, Barbarotta, Corre, Laveran, Moscato, Marchiafava und Biguami, Engmann, Todd Charles, Patakosta, Wels), Petechien (Werlhoff, Morandi, Borsieri, Notaryanni, Puccinotti, Barbarotta), skarlatiniformes Exanthem (Morton, Borsieri, Notaryanni, Puccinotti, Barbarotta, Moscato, Bastianelli und Biguami, Billet, Masucci, Tarasconi), pustulöse Exantheme (Torli, Dekker, Aller, Lanzoni, Strack, Notaryanni, Puccinotti, Dorotea, Barbarotta), Miliaria (Borsieri, Notaryanni, Puccinotti, Barbarotta), Exanthema morbilliforme (Barbarotta, Marchiafava und Biguami, Masucci), Erythema nodosum (Puccinotti, Obedenaro, Boicesco, Moncorvo, Laveran, Moscato, Masucci), Purpura (Werlhoff, Puccinotti, Corre, Engmann), Rash erythematosum (Marchiafava und Biguami, Vaccari, Engmann), Erythema multiforme (Engmann), Pemphigus (Döring). Besondere Erwähnung verdient eine Form von Erythema, die das Ekthyma syphiliticum vortäuscht, sich aber von diesem durch einen schwärzlichen Vorhof, durch das Auftreten und Fortbestehen während des Malariafiebers, durch die gleichzeitige melanodermatische Pigmentierung der Haut des Rumpfes und schließlich dadurch unterscheidet, daß es durch die antimalarische Therapie beeinflußt wird. Alle erwähnten Läsionen stehen in direkter Beziehung zur Malaria. Die wichtigste Hauterscheinung ist die Melanodermie, dieselbe heilt aber, im Gegensatz zu den übrigen, nicht.
K. Rühl-Turin.

Ein Fall von Holzphlegmone des Halses (Phlegmon ligneux), von G. Parker-Bristol. (Brit. m. J., 3. Jan. 1914.) Diese zuerst von Reclus (1893) beschriebene Affektion scheint bisher in England noch nicht beobachtet oder wenigstens nicht beschrieben worden zu sein. P. berichtet über einen 74jährigen, robusten Herrn, der im Anschluß an eine Zahnaffektion eine diffuse, schmerzlose, aber allmählich bretthart werdende Schwellung in der Gegend des Masseters und des Halses akquirierte. Während acht Monate waren die Kiefer so fest aneinander gepreßt, daß kaum die Klinge eines Messers dazwischen eingeführt werden konnte. Im ganzen dauerte der Prozeß 19 Monate und bot zeitweilig große Ähnlichkeit mit einer malignen Neubildung dar. Der durch Inzision und durch Fistelbildung entleerte Eiter enthielt nur Staphylococcus pyogenes aureus. Die Behandlung war im wesentlichen eine symptomatische. Die Injektion einer autogenen Vakzine scheint wenig genützt zu haben. A. Philippi-Salzschlirf.

Über Nekrose des Zahnfortsatzes des Unterkiefers im Anschluß an Stomatitis ulcerosa, von Kurt Hannsa-Kiel. (Beitr. z. kl. Chir., 1913, Bd. 87, H. 3.) Ein sehr interessanter Fall von Kiefernekrose bei einem Patienten, bei dem die sonst dafür

Digitized by Google

in Betracht kommenden ätiologischen Momente (Vergiftung mit Phosphor, Fluornatrium, Quecksilber, Arsen, Perlmutter) wegfallen, so daß differentialdiagnostisch nur Lues, Tabes oder Stomatitis ulcerosa in Frage kommen. Obwohl WR kurz vor dem Tode des sehr kachektischen Patienten zweifelhaft, unmittelbar nach dem Tode positiv war, beweist das bei dem hochgradigen Marasmus des Patienten, der abgesehen von der Kiefererkrankung auch ein, wenn auch nicht sehr ausgedehntes Magenkarzinom hatte, nichts. Lues war in Abrede gestellt und eine nahezu fatale Nekrose des vom Zahnfleisch fast völlig entblößten Ober- und Unterkiefers kommen weder bei der Tabes noch bei der Lues vor. Es bleibt, wie der Verfasser bemerkt, nur die Deutung, daß die Erkrankung als Stomatitis ulcerosa aufzufassen ist, die sich vielleicht auf einer bestehenden Stomatitis catarrhalis entwickelt hat, und deren überaus maligner Verlauf durch die von dem Karzinom bedingte Kachexie des Patienten noch erklärlicher wird. O. Lasch-Breslau.

Über zwei Fälle von Plaut-Vincentscher Stomatitis ulcerosa, von Tièche-Zürich. (Korr. Bl. Schweiz., 1913, Nr. 51.) Die Geschwürsbildungen hierbei sind luetischen Veränderungen sehr ähnlich und können leicht zu folgenschweren Verwechslungen Veranlassung geben. Negative Wassermannsche Reaktion und positiver bakteriologischer Befund (Spirillen und fusiforme Stäbchen) schützen vor der Fehldiagnose. Die Therapie besteht in Pinselungen mit 0,1 Altsalversan: 10% Wasser. Mitteilung von zwei Fällen, die fälschlich als Lues dignostiziert waren.

O. Valentiner-Leipzig.

Über „Noma" auf den Philippinen, mit Beschreibung eines geheilten Falles, von C. M. Reyes-Manila. (Philippine J., 1913, Bd. 8, H. 5.) Fälle von „Noma" sind auf den Philippinen ziemlich selten und kommen meist als Folgeerkrankung der Masern vor; leider gehen die meisten Patienten zugrunde, weil sie zu spät in Behandlung kommen, um durch chirurgische Eingriffe noch gerettet werden zu können. Der von Reyes beschriebene Fall von Noma verdankt seine Heilung wohl dem Umstande, daß die Krankheit während eines Hospitalaufenthaltes des Kindes, das wegen eines Empyems aufgenommen war, auftrat. In der Rekonvaleszenz von der Empyemoperation trat bei dem sehr erschöpften Kinde von $1^1/_2$ Jahren an der Oberlippe Schwellung und Ödem auf mit leichter Nekrose; in zwei Tagen hatte die Gangrän weit um sich gegriffen, es war kaum die Aufnahme flüssiger Nahrung möglich und der schlechte Allgemeinzustand des Patienten verbot energischen chirurgischen Eingriff, der eine Totalanästhesie erfordert hätte. Die befallenen Stellen wurden erst mit Karbol, dann mit Jod gepinselt, anscheinend ohne Erfolg, so daß am 10. Tage der Zustand ein sehr elender war; da trat eine entschiedene Besserung im Allgemeinbefinden ein, es bildete sich eine Demarkationslinie und am 20. Tage zeigten die Ränder der gangränösen Partien Heilungstendenz; von da an ging die Genesung vor sich, doch ist das Kind noch nicht so weit hergestellt, um durch eine plastische Operation die Defekte an der Oberlippe bis zur Nase zu decken. Im Anschluß an diesen Fall stellt der Verfasser seine Betrachtungen über Noma an: Die Krankheit ergreift meist Kinder und besonders Mädchen, tritt meist im Anschluß an sehr schwächende Infektionskrankheiten (speziell Masern und Typhus) auf; Prädisposition wird durch Unsauberkeit, Unterernährung, Kachexie geschaffen. Befallen werden gewöhnlich Mund und Wangen, seltner die Vulva und der Anus. Die Prognose ist schlecht, 80% sterben bis zum zehnten Tage, da die Patienten meist zu spät in Behandlung kommen. Obwohl die Erkrankung oft sich vereinzelt zeigt, so ist auch epidemisches Auftreten beobachtet worden, und da die Erkrankungsstellen meist an den Öffnungen der Schleimhäute liegen, so muß man wohl an einen bakteriologischen Ursprung denken. Im vorliegenden Falle hatte Reyes längliche Spirillen und spindelförmige Mikroorganismen in dem Belage gefunden und im Blute Staphylococcus aureus

Digitized by Google

und albus. Es handelt sich also wohl um Mischinfektionen. Einige Forscher fanden einen schmächtigen Mikroorganismus von der Leptothrixklasse, einige erhielten aus den oberen Schichten des nekrotischen Gewebes Kulturen mit vielerlei Mikrobien, während die tieferen Schichten lange, fadenförmige Bakterien fast in Reinkultur enthielten, die sich nach GRAM leicht entfärbten, aber auf den gewöhnlichen Nährböden nicht wuchsen.

O. Lasch-Breslau.

Ein weiterer Fall operativ geheilter Noma, von ANTON BERGMANN. (Prag. m. W., 1914, Nr. 23.) Verfasser beschreibt einem im Anschluß an Keuchhusten entstandenen Fall von Noma eines fünfjährigen Mädchens, der mit Exzision mittels Thermokauter behandelt wurde, wobei auch ein Teil des Processus alveolaris des Oberkiefers geopfert werden mußte. E. Klemm-Leipzig.

Über einige Fälle von Gasphlegmonen, von FRANKE-Heidelberg. (M. m. W., 1914, Nr. 45.) Im Feldlazarett hat FRANKE sechs Fälle dieser Erkrankung beobachtet; er hat durch schleuniges Operieren, selbst wo es nicht möglich war, das ganze erkrankte Gebiet zu entfernen, gelegentlich Erfolg gehabt. A. Philippi-Salzschlirf.

Progressive Ernährungsstörungen.

Über Gasgangrän, von O. FRAENKEL. (M. m. W., 1914, Nr. 45.) Verfasser hebt in kurzer präziser Schilderung die Hauptmomente dieser für die Kriegsverletzungen besonders aktuellen Komplikation hervor. In ätiologischer Beziehung kommt dabei in erster Linie der 1892 entdeckte FRAENKELsche Gasbazillus in Betracht, ein obligat anaerober, unbeweglicher, ziemlich kurzer, dicker, nach GRAM und erst recht nach WEIGERT sich gut färbender Mikroorganismus, der von dem Milzbrandbazillus und dem Bazillus des malignen Ödems sich schon morphologisch unterscheidet. Entscheidend sind die Resultate der Impfung auf Meerschweinchen und Kaninchen, und dies meist in 12 bis 18 Stunden. Letztere Tierart ist gegen den Gasbazillus völlig refraktär, für malignes Ödem dagegen sehr empfänglich; während beim Meerschweinchen beide Krankheiten prompt in exquisiter Weise zur Entwicklung kommen. Im klinischen Bilde ist das Hauptmoment die enorm starke Gasentwicklung im subkutanen Gewebe und den Muskeln mit beängstigend rascher Ausbreitung derselben bei geringer Ansammlung von fleischwasserartiger Flüssigkeit und vollständigem Mangel an Eiterung. Man kann demnach neben der Bezeichnung Gasbrand wohl auch den Ausdruck „malignes Emphysem" gebrauchen; dagegen ist es nicht angebracht, von „Gasphlegmone" zu sprechen. Therapeutisch kommt neben möglichst frühzeitigen ausgiebigen Inzisionen die Zufuhr von Sauerstoff (aus Bomben und durch Tampons mit H_2O_2) in Betracht. Es sind nach bisherigen Berichten etwa $^1/_4$ der Erkrankten am Leben geblieben.

A. Philippi-Salzschlirf.

a. Maligne.

Ätiologie und Diagnose der bösartigen Geschwülste, von A. WEICHSELBAUM. (W. m. W., 1914, Nr. 26.) Betreffs der Ätiologie der malignen Neoplasmen bestehen zwei Gruppen von Theorien; eine solche, welche die Ursache der Geschwulstbildung außerhalb und eine solche, die diese innerhalb der Geschwulstzellen sucht. In die erste Gruppe gehört die Irritationstheorie (Trauma, chemische und aktinische Reize), die Theorie des gestörten Gleichgewichts (Atrophie des Bindegewebes durch das Senium, Wunden, Narben, Nekrosen oder Ulzerationen und Überwiegen des epithelialen Wachstums) und die der parasitären Genese. Die zweite Gruppe umfaßt die von COHNHEIM aufgestellte Lehre von der embryonalen Anlage, die RIBBERTsche Theorie, welche als

Digitized by Google

Anlaß nicht bloß kongenital, sondern auch postfötal versprengte Zellen annimmt, und schließlich die Theorie vom veränderten Zellchemismus. Bezüglich der Diagnostik spricht im allgemeinen die Größe der Tumoren für Sarkom, Pilzform für Karzinom; abgesehen vom Szirrhus sind weiche Geschwülste bösartiger als harte, ebenso ulzerierende als geschlossene, während Metastasenbildung ohne weiteres die Malignität bestätigt. Zur weiteren Erhärtung der Diagnose dient die mikroskopische Untersuchung des Geschwulstsaftes und diejenige von Gefrierschnitten. In der letzten Zeit kommen noch die serologischen Methoden von Freund-Kaminer, Ascoli und Abderhalden hinzu.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Strahlentherapie der Geschwülste, von B. Keetmann. (B. kl. W., 1913, Nr. 39.) Es handelt sich um eine Erwiderung auf die Arbeit von S. Löwenthal unter obigem Titel in Nr. 33 dieser Wochenschrift, dessen teilweise falsche Vorstellungen Verfasser richtigzustellen sucht. G. Heymann-Elbing.

Die Absorption der β-, γ- und Röntgenstrahlen im Gewebe, von B. Keetmann. (B. kl. W., 1914, Nr. 16.) Bei der Behandlung der Frage, ob Röntgen- und Mesothorstrahlen bei der Behandlung des Karzinoms gleichwertig sind, deuten Anzeichen darauf hin, daß zwischen beiden Strahlenarten biologische Verschiedenheiten existieren, d. h. kommen gleiche Energiemengen beider Strahlensorten im Gewebe zur Absorption, so ist die biologische Wirkung nicht die gleiche. Daran kann weder eine geringe Steigerung der Strahlenhärte, noch eine enorme Quantitätserhöhung der Röntgenapparate etwas ändern. G. Heymann-Elbing.

Die Bestrahlungs- und chirurgische Behandlung maligner Neubildungen, von Leopold Freund-Wien. (D. m. W., 1913, Nr. 43.) Verfasser berichtet über 176 Fälle von malignen Neubildungen, einem Material von 12 Jahren aus der Fingerschen Klinik. 137 Fälle wurden mit Röntgenstrahlen behandelt. 32 Fälle wurden geheilt, 60 Fälle gebessert, 24 Fälle nur subjektiv gebessert, 5 Fälle ungeheilt, 36 Fälle starben. Die besten Resultate wurden bei Epitheliom, Ulcus rodens, Paget disease erzielt. Es war ausnahmslos eine $1^1/_2$—5 Jahre dauernde Behandlung in Bestrahlungsserien nötig. Zumeist folgten nach 2—4 Monaten lokale Rezidive. Die später auftretenden Rezidive wurden immer resistenter gegen Röntgenbestrahlungen, so daß schließlich auch große operative Eingriffe den letalen Verlauf nicht mehr aufhalten konnten. Es mußte, um befriedigenden Erfolg zu haben, die erste Bestrahlung so groß gegeben werden, daß eine Exkoriation entstand, die durch fortgesetzte rasch aufeinander folgende Bestrahlungen längere Zeit offen gehalten wurde. 19 Fälle wurden chirurgisch vorbehandelt, meist mit scharfem Löffel ausgekratzt. Bei einem mit Thermokauter vorbehandelten Melanosarkom war der Erfolg sehr schlecht. Von den mit radioaktiven Präparaten behandelten 19 Fällen wurden 7 geheilt, 3 gebessert, 3 chirurgisch weiterbehandelt, 4 starben, 2 blieben nach der Bestrahlung aus. Die 7 Heilungen betrafen 6 Epithelioma und 1 Fall von Sarcoma ideopathicum Kaposi. Die Exposition der einzelnen Stellen betrug 50—1800 Milligrammstunden. Auch hier wurden die Erfahrungen gemacht, daß nach längerer Zeit, in einem Falle nach 4 Jahren, an denselben Stellen Rezidive auftraten. In der Wirkung konnte er keinen wesentlichen Unterschied zwischen Röntgen-, Mesothorium- und Radiumstrahlen konstatieren, außer daß die mit dicken Bleischichten gefilterten Radiumpräparate eine größere Tiefenwirkung hatten als die Röntgenstrahlen. Es mußten aber dann die zur Verfügung stehenden Radiumpräparate außerordentlich lang appliziert werden. Eine maligne Neubildung infolge der Bestrahlungen ist ihm nicht bekannt geworden. Bei tiefem Sitz der Neubildungen waren wohl Besserungen, nie aber Heilungen zu verzeichnen. O. Junghanns-Dresden.

Digitized by Google

Über den gegenwärtigen Stand der Radiumtherapie bösartiger Geschwülste, von E. Schlesinger-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 46.) Verfasser betont mit aller Energie, daß mit Ausnahme ganz oberflächlicher Hautkankroide keine bösartige Neubildung, die noch irgend eine Aussicht einer radikalen Entfernung durch das Messer gibt, Gegenstand der Bestrahlungstherapie sein soll. Das unumstrittene Indikationsgebiet des Radiums ist die Behandlung der inoperablen Krebse und der Operationsrezidive. Das für den therapeutischen Effekt wichtigste Moment ist die Menge des im Einzelfalle benutzten Materials und der gegenwärtige therapeutische Hauptgrundsatz soll lauten: Bestrahlung mit zunächst möglichst großen Dosen unter möglichster Reduktion der Filterdicken und möglichster Vermeidung der Sekundärstrahlung. Im Gegensatz zu anderen Verfasser konnte Verfasser eine günstige Beeinflussung karzinomatöser Drüsen und aller Sarkomformen beobachten. O. Haller-Dresden.

Ein Vortrag über Radium und die Behandlung von malignen Neubildungen, von R. Knox-London. (Brit. m. J., 7. Juni 1913.) Verfasser bestätigt, daß die chirurgische Behandlung den Vorzug verdient, daß aber das Radium als Adjuvans, als palliatives oder auch als vorbereitendes Mittel wertvolle Dienste leistet, was er durch klinische Erfahrungen begründet. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Verwendung von kolloidem Selen bei der Behandlung maligner Tumoren, von Helene Hölder-Tübingen. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Das kolloide Selen, das unter dem Namen „Se Sol" in den Handel kommt, wurde bei 9 Patienten angewandt. Es wurde jeden zehnten Tag unmittelbar vor der Röntgensitzung injiziert. Dadurch wird nicht nur eine Sensibilisierung des Tumors, sondern auch ein chemotherapeutischer Effekt erhofft, vermöge dessen es „karzinomstörend" wirken könnte. Unangenehme Begleiterscheinungen zeigten sich durch das Mittel nicht. Über die klinischen Erfolge der Selentherapie vermag sich wegen der Kürze der Zeit die Verfasserin noch nicht zu äußern. Daß das Selen tatsächlich seinen Weg zum Tumor findet, also wirklich tumoraffin zu sein scheint, glaubt Verfasserin aus folgendem Fall schließen zu können: Einer Patienten mit operabelem Kollumkarzinom wurden innerhalb 24 Tagen 10 Injektionen mit Selen gemacht. Nach der Operation gelang es in dritter Reaktion Selen vollkommen einwandfrei in der Tumorasche nachzuweisen. H. Rausch-Darmstadt.

Pagetsche Erkrankung am Anus und Genitale, von O. Kren. (Wien. klin. Rdsch., 1914, Nr. 5.) Es findet sich ein scharf umschriebener rötlicher indurierter Fleck, in dem Inseln von normaler Haut vorhanden sind. Die hintere Vaginalwand ist ähnlich erkrankt, im Rektum besteht ein Karzinom. Histologisch zeigt sich Verbreiterung der Epithelzapfen, Degeneration von Zellen und Rundzelleninfiltration des Bindegewebes.
R. Frühwald-Leipzig.

3 Fälle von Pagetscher Krankheit der Brustwarze, von Bender und Vaudescal. (Bull. méd., 1914, Nr. 37.) Die 3 Fälle zeigen, daß die Pagetsche Krankheit ein Hautkrebs ist; dieser hat auf die Milchgänge übergegriffen.
R. Frühwald-Leipzig.

Morbus Darier (Psorospermosis follicularis vegetans), von Leo Oppenheim. (Diss., München 1913.) Zusammenfassung: 1. Die Dariersche Krankheit ist kein klinisch einheitliches Bild. 2. Die von Darier beschriebenen „corps ronds" und „grains" sind nicht protozoenhaltiger Natur und für die Krankheit nicht absolut charakteristisch, sie kommen auch inkonstant vor. 3. Die Erblichkeit, resp. die Disposition für die Krankheit ist wahrscheinlich. 4. Das Alter der mit dieser Krankheit behafteten Personen schwankt nach den Angaben der Literatur zwischen dem Kindes- und dem Greisenalter. 5. Auffallend häufig haben die Kranken früher an seborrhoischen Haut-

Digitized by Google

affektionen gelitten. 6. Das Gesamtbefinden bei der Dermatose ist nicht wesentlich gestört. 7. Die Krankheit ist nur bei der ärmeren Bevölkerung beobachtet worden.

F. Loeb-München.

Plasmomyelom der Haut, von C. Kreibich-Prag. (Fol. haemat., 1914, Bd. 18, H. 2.) Bei einer 78jährigen Patientin entstand im Laufe mehrerer Monate auf dem Nasenrücken zu den Nasenflügeln hinziehend und auch auf die Schleimhaut der Nase übergreifend ein derbes Infiltrat von düster-gelbroter Farbe mit zyanotischer Komponente, das an einzelnen Stellen zu buckeligen Tumoren vorgewölbt war. Zunächst keine Lymphdrüsenschwellung. Blutbefund stets normal. Die diagnostisch unklare Erkrankung geht auf Röntgen zunächst zurück, jedoch treten bald darauf neue Tumoren in der Wange, an beiden Oberarmen, am harten Gaumen und schließlich am Oberschenkel auf; gleichzeitig Spontanfrakturen des rechten Unterschenkels und später der linken Ulna. Exitus an interkurrenter Pneumonie. Sektion zeigt außerdem noch Tumoren in verschiedenen Knochen und Lymphdrüsen. Histologisch erweisen sich sämtliche Tumoren als aus Plasmazellen aufgebaut. K. faßt den Fall als eine Systemerkrankung auf, derart, daß die einzelnen Tumoren voneinander unabhängig aus Zellen entstanden sind, die sich an Ort und Stelle gebildet haben, und zwar aus Plasmazellen. Er deutet den Fall nach seinem Verlauf als medulläre plasmazelluläre Pseudoleukämie im Sinne Pappenheims, mit lokal malignem, mehr blastomatösem Charakter. O. Gans-Hamburg.

Dekortikation der Zunge wegen Leukoplakie, von Schwartz. (Soc. de Chir., 29. Oktober 1913.) Der Verfasser berichtet über einen Fall von Leukoplakie der Zunge, in welchem Heilung durch Schälung der ganzen Dorsalseite der Zunge unter Kokainanästhesie erzielt wurde. A. Gunsett-Straßburg.

Boeckssches Sarkoid, von S. E. Sweitzer-Minneapolis. (J. Am. m. Assoc., 19. Sept. 1914.) Verfasser berichtet unter Beifügung von wohlgelungenen makroskopischen und mikroskopischen Photogrammen über einen ausgeprägten Fall bei einer 53jährigen Schwedin. Die in der Tiefe des Dermas gelegenen Tumoren bestanden hauptsächlich aus epitheloiden Zellen mit schwach sich färbenden Kernen nebst einigen in den Herden peripher gelagerten Lymphozyten sowie vereinzelten Riesenzellen. Tuberkelbazillen waren nicht zu erkennen, und Impfversuche an Kaninchen und Meerschweinchen lieferten keine positiven Beweismittel. Die Verabreichung von Fowlerscher Lösung scheint günstig auf die Affektion eingewirkt zu haben. A. Philippi-Salzschlirf.

Multiple Angiosarkome der Haut bei einem Kamerunneger, von Hallenberger-Kribi. (Arch. f. Schiffs- u. Trop. Hyg., 1914, Nr. 19.) Bei einem Mabeaneger bildeten sich an linker Hand und linkem Fuß kleine Angiofibrome, die operativ entfernt wurden und nicht rezidivierten. Nach 4 Jahren trat dieselbe Tumorbildung vorher an Hand und Fuß auf, die operative Entfernung mißlang hier aber, da Rezidive auftraten, die sich schließlich zu Angiosarkomen mit Neigung zur Geschwürsbildung infolge Druckatrophie der bedeckenden Haut entwickelten. Da sich im Blute des Patienten Mikrofilarien fanden, schreibt Verfasser diesen eine Mitbeteiligung bei der Entstehung der Tumoren zu. H. Boehme-Leipzig.

Zur Kenntnis der „subkutanen Sarkoide" (Darier-Roussy), von Richard Volk. (W. kl. W., 1913, Nr. 36.) Verfasser bespricht kurz die vielgestaltige Gruppe der Sarkoide, teilt einen Fall von subkutanen Sarkoiden mit, in dem es gelungen ist, einen Zusammenhang dieser Tumoren mit der Tuberkulose zu erbringen. Zwar war eine diagnostische Tuberkulininjektion aus äußeren Gründen nicht ausführbar, aber das Tierexperiment an Meerschweinchen und Kaninchen fiel positiv aus; es ist geglückt, den Stamm rein zu züchten und durch weitere Verimpfung die Pathogenität zu erweisen.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Multiple idiopathische Hautsarkomatose, von Juan de Azúa. (Rev. clin. Madrid, 1. u. 15. Sept. 1913.) Zu kurzem Referate nicht geeignet.

R. Frühwald-Leipzig.

Über das Wesen des Ulcus rodens, von H. G. Adamson-London. (Lanc., 21. März 1914.) Dieser Artikel trägt zur Charakterisierung des Inhalts den Nebentitel: „Die Beziehungen des Ulcus rodens zum Brookeschen Epithelioma adenoides cysticum und zu anderen Trichoepitheliomen von benignem, nävoidem Charakter und die Unterscheidungsmerkmale gegenüber dem malignen Karzinom", und Verfasser schildert an einer Reihe von Abbildungen die zweifellose histologische Ähnlichkeit zwischen der Brookeschen Affektion und dem typischen Ulcus rodens. Die Präparate stammen von 5 Fällen; es handelte sich dabei einmal um eine Mutter und ihre drei Kinder, welche ebenso wie angeblich mehrere andere Familienmitglieder zahlreiche kleine Tumoren des Brookeschen Typus aufwiesen, und ferner um einen 37jährigen Mann, bei dem am unteren Augenlid ein nicht ulzerierter Brookescher Tumor seit frühester Kindheit bestanden hatte und ferner seit zwei Jahren in der Nasolabialfurche ein typisches Ulcus rodens sich entwickelt hatte. Bei beiden Gewächsen wurde die Diagnose nach der Exstirpation mikroskopisch bestätigt. Verfasser erklärt das Ulcus rodens als einen nävoiden Tumor, der von der Basalzellenschicht der Epidermis ausgeht und ein Beispiel von der Bildung von Cohnheimschen Zellnestern bietet. Die zur Bildung von Haarfollikeln und Talgdrüsen bestimmten Zellen sind in der Entwicklung verspätet und haben sich bei später einsetzender Anregung zum Wachsen in unregelmäßiger abnormer Zusammenstellung entwickelt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Fall von Ulcus rodens mit ungewöhnlicher Lokalisation, von M. Mc Intyce-Glasgow. (Lanc., 23. Mai 1914.) Die Läsion bei der 52jährigen Kranken war am Rücken zwischen den Schulterblättern lokalisiert und hatte im Laufe von etwa 9 Jahren Handtellergröße erreicht. Die Diagnose wurde nach der Exstirpation durch die histologische Untersuchung bestätigt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Die Priv.-Doz. Dr. Felix Pinkus, leitender Arzt der dermatologischen Abteilung des städtischen Obdaches in Berlin, und Dr. Hans Friedenthal-Berlin haben den Titel Professor erhalten.

Prof. Eugen Galewsky-Dresden ist als Stabsarzt im Gefangenenlager Königsbrück tätig.

Oberstabsarzt Prof. Richard Lenzmann-Duisburg wurde zum Vorsitzenden der von deutschen Ärzten gegründeten Brüsseler militärärztlichen Gesellschaft gewählt.

Unterarzt Georg Wilhelm Unna, vierter Sohn von Prof. P. G. Unna, hat das Eiserne Kreuz erhalten.

Prof. Hugo Apolant, Mitglied des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., ursprünglich Dermatologe, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

3. April 1915 | Nr. 14 | Band 60

Quecksilbergleitpuder (Pulvis fluens hydrargyri) als Ersatz der grauen Quecksilbersalbe.

Von

P. G. Unna.

Eine gute graue Quecksilbersalbe herzustellen ist bekanntlich keine einfache Sache, da das edle und sehr bewegliche Metall sich nach Verreibung mit Fett der Mischung wieder zu entziehen strebt und zu sichtbaren Metallkügelchen zusammenläuft. Ein vorschriftsmäßig hergestelltes Ung. cinereum, auf weißem Schreibpapier dünn und glatt ausgestrichen, darf aber weder mit bloßem Auge noch unter einer schwachen Lupe glänzende Metallkügelchen erkennen lassen. Das Erzwingen einer homogenen, bläulichgrauen Mischung von Quecksilber und Fett nennt der Apotheker daher Tötung des Quecksilbers oder Extinktion desselben.

In alten Zeiten verzichtete man überhaupt auf eine rasche Herstellung der grauen Salbe und überließ das mühsame Geschäft stunden-, ja tagelanger Verreibung von Quecksilber und Talg den Lehrlingen, wobei recht viel Quecksilberdämpfe eingeatmet wurden. So war es nach Hager (Pharmazeutische Praxis, Supplement 1883) bis 1835. Dann wurden allmählich überall einfache maschinelle Vorrichtungen eingeführt und statt der Lehrlinge Arbeiter mit dem Reiben beschäftigt. So hing z. B. in einer Hamburger Apotheke noch vor wenigen Jahrzehnten an einem langen Holzstiel von der Decke herab ein eiserner Klöppel, der von einem Arbeiter in einem großen eisernen Mörser im Kreise bewegt wurde. Zwei bis drei Tage brauchte ein solcher, um 10 Kilo Quecksilber in 30 Kilo graue Salbe zu verwandeln.

Heutzutage ist die so viel mechanische Kraft und Zeit beanspruchende Darstellung der grauen Salbe wohl überall aus den Apotheken in Fabriken hinübergewandert, die mit Hilfe ihrer größeren technischen Einrichtungen ein tadelloses Präparat sehr viel leichter herstellen können, und die Apotheken beziehen ihre Quecksilbersalbe fix und fertig von Dieterich in Helfenberg, von Beiersdorf & Co. oder anderen Firmen.

Immer war bisher aber die Meinung verbreitet, zur feinen gleichmäßigen Verteilung des Quecksilbers gehöre viel Zeit und viel mechanische Kraft. Allerdings wurden von jeher Versuche gemacht, um durch aller-

Digitized by Google

hand zerteilende Zusätze zu einer praktischeren Methode der Quecksilbertötung zu gelangen. Hager sagt:

„Die Zerteilung des Quecksilbers in möglichst kurzer Zeit zu bewerkstelligen, hat man eine Menge Vorschläge gemacht, welche teils nicht neu sind und schon früher verworfen wurden, teils unpraktisch und verwerflich sind, teils aber auch Beachtung verdienen."

Am meisten bürgerte sich ein Zusatz von alter, natürlich stark ranziger Quecksilbersalbe bei der Herstellung neuer ein, und zwar empfahl Hager auf 100 g Hg : 10 Teile alter Quecksilbersalbe und 20 Teile Vaselin. Eugen Dieterich (1880), der die verschiedenen Extinktionsmethoden einer eingehenden Kritik unterwarf, empfahl, der alten Quecksilbersalbe das Metall allmählich in kleinen Mengen zu inkorporieren; es komme auf den Kontakt mit dem schon zerteilten Metall, nicht auf die Ranzidität der Salbe an.

Einen Erklärungsversuch für diesen Zusatz habe ich nirgends gefunden, was um so auffallender ist, als die Pharmazie doch sonst den Gebrauch ranziger Salben überall möglichst eingeschränkt hat.

Am nächsten liegt wohl die Annahme, daß die alte Quecksilbersalbe oxydiertes Metall enthält, daß die schwarze Farbe derselben von Quecksilberoxydul und dessen fettsaurem Salz herrührt und die weitere Folgerung, daß die bei seiner Gegenwart rascher zustande kommende Extinktion des metallischen Quecksilbers als ein katalytischer Oxydationsprozeß aufzufassen sei, der zur Bildung eines feinen Oxydulhäutchens auf den Metallkügelchen führt, wodurch ihr Zusammenfließen aufgehoben wird. Das bereits gebildete ölsaure Quecksilberoxydul würde danach in ähnlicher Weise oxydationsbeschleunigend wirken wie das ölsaure Bleioxyd und Manganoxydul bei der Firnisbereitung.

So plausibel mir diese Hypothese der Extinktion erschien, so wenig einverstanden waren damit die Apotheker, mit denen ich sie besprach, wie ja auch Altmeister Hager ihrer mit keinem Worte gedenkt. Mein Hinweis darauf, daß doch auch die sonstigen Beförderungsmittel der Extinktion, Terpentin und Terpentinöl, zu den oxydierenden Mitteln gehören, wurde damit beantwortet, daß diesen Zusätzen nur eine mechanische Bedeutung zukäme. Ebenso sollte das sicher oxydationsbefördernde Bleipflaster im Quecksilberpflaster nur seiner Konsistenz wegen gewählt sein. Die Tatsache bleibt aber bestehen, daß alle bewährten Hilfsmittel der Extinktion zu den oxydationsbefördernden Mitteln gehören, so das auch von Hager empfohlene Eukalyptusöl und das von Liebreich empfohlene Lanolin (letzteres durch seine Cholesterinoxydate). Am meisten von allen hat sich das stark oxydierende Terpentinöl eingebürgert, da es, wenigstens im Anfange, die Extinktion ungemein beschleunigt. Aus münd-

Digitized by Google

licher Mitteilung weiß ich, daß es ehemals ein beliebter, wenn auch etwas kostspieliger Kniff der mit der Verreibung betrauten Lehrlinge war, sich ihre Arbeit durch reichlichen öfteren Zusatz von Terpentinöl wesentlich zu erleichtern.

Hager bezeichnet einen solchen Zusatz allerdings als „ungehörig". Er fördere nur scheinbar die Zerteilung des Metalls. Es gehe schnell in einen harzig-hydratischen Zustand über, wenn die Extinktion nicht in einem Zuge, sondern vielmehr unter Einschiebung einiger Ruhepunkte ausgeführt wird, und dann erschwere es die weitere Extinktion. Diese rasche Verharzung des Terpentinöls während der Verreibung spricht aber gerade sehr für das Vorhandensein von Oxydationsprozessen während der Extinktion.

An anderer Stelle sagt Hager geradezu: „Ein Terpentinölzusatz ist verwerflich. Es erteilt letzterer nicht nur der Salbe eine die Haut reizende Eigenschaft, sondern er wirkt auch nur anfangs extinguierend und später scheint er, wie die Praxis lehrt, der Extinktion äußerst hinderlich zu sein."

Hiergegen ist zu bemerken, daß die Hauptmasse des Terpentinöls sich verflüchtigt, der Rest aber, der in verharzter Form — als Terpentin — das Ende der Verreibung durch seine Zähigkeit erschwert, keine erheblichen Reizungen der Haut ausübt. Bestand doch früher das Quecksilberpflaster (nach Husemann) aus 150 Hg, 50 Terpentin, etwas Terpentinöl, 300 Bleipflaster und 150 gelbem Wachs[1]), ohne daß man von Hautreizungen gehört hätte. Von ärztlichem Standpunkt muß man sogar sagen, daß die Aufnahme von Quecksilberdampf durch die Haut durch die leichte Hyperämie, die das Terpentin schlimmstenfalls herbeiführt, nur befördert und so die Wirkung gesteigert wird. Das reduzierende Quecksilbermetall selbst ist hier — ebenso wie der reduzierende Schwefel in der Scharffschen Terpentinsalbe — ein natürliches Korrigens des Terpentins und Terpentinöls; ihre speziellen Wirkungen auf die Blutfülle der Haut heben sich teilweise auf.

Theorie und Praxis widersprechen sich mithin auf diesem Gebiete, und neue Untersuchungen sind erforderlich. Da Reste von richtig ranziger grauer Salbe heutzutage in der Apotheke nicht mehr vorkommen, nahm ich die allerseits als gut und vorschriftsmäßig anerkannte von Dietrich in Helfenberg, die frei von Verunreinigungen mit Bleiverbindungen angesehen wird. Ich wählte einige bereits lange in einer Apotheke befindliche Salbenkugeln, weil es ja darauf ankam, die chemische Be-

[1]) Nach dem deutschen Arzneibuch: 200 Hg + 100 Terpentin + etwas Terpentinöl; 600 Bleipflaster + 100 gelbes Wachs. M.

Digitized by Google

schaffenheit alter grauer Salbe zu untersuchen, welche nach allgemeiner Erfahrung die Extinktion beschleunigt.

Die Hg-Salbekugeln (von DIETRICH, Helfenberg) im Gewichte von 4,2 g wurden mit Xylol in der Wärme digeriert, worauf die Lösung von dem grauschwarzen Rückstand abfiltriert wurde. In diesem konnten möglicherweise neben metallischem Hg sowohl das Oxyd (HgO) als auch das Oxydul (Hg_2O) vorhanden sein. Um beide Oxyde von dem metallischen Hg zu trennen, benutzt man kalte Schwefelsäure, welche die Sauerstoffverbindungen des Hg zu Hg-Sulfaten löst, nicht aber das metallische Quecksilber.

Der von Fett befreite, grauschwarze Rückstand wurde also mit 2%iger H_2SO_4 bis zum Kochen erhitzt und filtriert. Das eventuell die Sulfate des Hg enthaltende Filtrat wurde darauf mit verdünnter HCl versetzt, worauf eine weiße Fällung erfolgte. Diese konnte nur aus Hg_2Cl_2 bestehen, da HCl nur Oxydulsalze fällt, nicht aber Oxydsalze. Diese weiße Fällung von Kalomel wurde auf einem bei 100° getrockneten Filter gesammelt, ausgewaschen, bei 100° getrocknet und gewogen. Gewicht von $Hg_2Cl_2 = 0{,}0447$ g.

Da $Hg_2 = 400{,}6$, $Cl_2 = 70$, Hg_2Cl_2 demnach $= 470{,}6$ ist, so beträgt der Koeffizient $\frac{Hg_2}{Hg_2Cl_2}$ 0,85. In den 0,0447 g Hg_2Cl_2 waren somit enthalten $0{,}0447 \times 0{,}85 = \mathbf{0{,}038\ g\ Hg.}$

In das Filtrat vom Hg_2Cl_2 wurde Schwefelwasserstoff eingeleitet. Es zeigte sich eine braunschwarze Fällung von HgS, die abfiltriert, gewaschen und gewogen wurde.

Gewicht von HgS = 0,086 g; Koeffizient $\frac{Hg}{HgS} = 0{,}862$. In dem Filtrat waren also enthalten: $0{,}086 \times 0{,}862 = \mathbf{0{,}074\ g\ Hg.}$

Die Xylollösung, in der die fettigen Bestandteile der Salbe gelöst wurden, wurde ebenfalls auf Hg untersucht und zwar in der Weise, daß dieselbe mit 2%iger H_2SO_4 in der Wärme gut geschüttelt wurde, um die eventuell vorhandenen Hg-Oleate in Sulfate zu verwandeln. Die untere saure Schicht wurde alsdann im Scheidetrichter getrennt und wie oben auf Oxydul und Oxyd des Hg quantitativ untersucht.

Gefundenes Gewicht von $Hg_2Cl_2 = 0{,}073$ g

$0{,}073 \times 0{,}85 = \mathbf{0{,}062\ g\ Hg.}$

Gefundenes Gewicht von HgS = 0,187 g

$0{,}187 \times 0{,}862 = \mathbf{0{,}161\ g\ Hg.}$

Mithin war in den 4,2 g der grauen Salbe enthalten an Quecksilberoxydaten (berechnet auf Hg) 7,96%, nämlich:

als Quecksilberoxydul . .	0,038 g	= 0,9%
als Quecksilberoxyd . . .	0,074 g	= 1,76%
als Oxyduloleat	0,062 g	= 1,47%
als Oxydoleat	0,161 g	= 3,83%
	zusammen	7,96%.

Die Anschauung, daß die alte Quecksilbersalbe, welche zur Tötung des Quecksilbers von altersher benutzt wurde, Oxyde und Oleate des Quecksilbers enthält, hat sich also vollkommen bestätigt. Um nun aber auch demonstrativ vor Augen zu führen, daß diese Oxydationsprodukte ihrerseits wieder katalytisch Sauerstoff auf neues Hg-Material zu übertragen imstande sind, habe ich lose gebundenen Sauerstoff in der das Quecksilber umgebenden Fettmasse nachzuweisen gesucht.

Der Nachweis gelingt leicht vermöge des Umstandes, daß Methylen-

Digitized by Google

blau die in Betracht kommenden Fettsäuren zu färben vermag. Eine sehr geringe Menge der Dietrichschen grauen Salbe, auf einen Objektträger ausgestrichen, färbt sich im Standgefäß in einer 1 %igen Methylenblaulösung in fünf Minuten blau. Es kam nun auf die Gegenprobe an, ob zu dieser Methylenblaufärbung auch das reduzierte Methylenblau, das Rongalitweiß, unter den notwendigen Kautelen ebenfalls befähigt sei.

Ein mit einem Ausstrich von grauer Salbe versehener Objektträger färbt sich in einer 1 %igen Rongalitweißlösung im Standgefäße nicht. Er wird sodann in ein zweites Standgefäß mit abgekochtem, luftfreiem Wasser gebracht und bei geringster Bläuung dieses Wassers noch in ein drittes Standgefäß mit luftfreiem Wasser, wo in der Regel die vollständige Entfernung des überschüssigen Rongalits erreicht wird. Man nimmt nun den Objektträger heraus, läßt ihn lufttrocken werden und bedeckt ihn mit einem Tropfen Paraffin. liq. und Deckglas. Es stellt sich nun heraus, daß der Ausstrich in seinem fettigen Anteil allmählich graublau gefärbt wird, was nur durch Luftsauerstoff aktivierende Bestandteile bewirkt werden kann.

Es unterliegt hiernach keinem Zweifel, daß der Wert der alten Quecksilbersalbe für die Extinktion in ihrem Gehalt an fettsaurem (ölsaurem) Quecksilberoxydul und an freier Fettsäure (Ölsäure) beruht, die als ungesättigte Verbindungen lose gebundenen, aktivierten Sauerstoff enthalten, wodurch das hinzukommende Quecksilber während seiner Zerteilung mit einer feinen Oxydulschicht bedeckt und dadurch vor dem Wiederzusammenfließen bewahrt wird.

Wenn nun selbst die alte empirische Methode, die Extinktion des Quecksilbers mittels eines Zusatzes alter grauer Salbe zu bewirken, ebenso auf einen katalytischen Oxydationsprozeß hinausläuft wie die Bevorzugung des Terpentins, Terpentinöls, Eukalyptusöls, Lanolins, Euzerins und Bleipflasters zu demselben Zwecke, so kann man wohl ohne alles Bedenken die folgende, neue Arbeitshypothese formulieren:

„Nicht die Zähigkeit der Salbe und nicht die dadurch bedingte Herbeiziehung großer mechanischer Kraft sind die Hauptbedingungen bei der Extinktion des Quecksilbers, sondern die Herbeischaffung von viel lose gebundenem Sauerstoff und viel Luft, deren Sauerstoff dabei aktiviert werden kann."

Mit der Gewinnung dieser Klarheit war auch sofort die neue, verbesserte Art der Extinktion gegeben.

Seit meinen mit G. Pinkus angestellten Versuchen über Gleitpuder[1])

[1]) Unna und Pinkus, Über Gleitpuder in der Dermatologie. Mh. f. pr. Derm., 1908, Bd. 47.

Digitized by Google

sind diese — und deren Prototyp: das Lykopodium — als die lufthaltigsten Vehikel erkannt. Im Terpentinöl haben wir einen unübertrefflichen Katalysator des Luftsauerstoffs[1]). Es galt also nur, den Versuch zu machen, das mit Terpentinöl getränkte Lykopodium mit Quecksilber zu verreiben. Dieser Versuch glückte gleich das erstemal in einem meine Erwartung sogar weit übertreffenden Grade. Es ist eine für jeden Apotheker, der mit dem Dogma der gründlichen, langsamen, mechanischen Verreibung an diesen Versuch herangeht, eine geradezu verblüffende Erscheinung, mit welcher Leichtigkeit das Quecksilber in Berührung mit diesem Gemische sich zerteilt, verschwindet und mit ihm zusammen ein trocknes, gelblichgraues Pulver darstellt. Meinte man früher immer, es käme auf die so schwer zu verreibenden zähen Massen deshalb an, damit das einmal zerteilte Metall auch zerteilt bliebe, so lehrt dieser einfache Versuch, daß es nur darauf ankommt, durch rasche Oxydierung und gleichzeitige Verreibung mit einem leicht beweglichen Vehikel das Metall zu zerteilen. Denn in dem Gleitpuder bleibt es hübsch verteilt und in einer Feinheit, die man durch weiteres Reiben rasch und beliebig steigern kann. Nimmt man z. B. eine Probe von dem Quecksilberpulver unter das Mikroskop und sieht etwa noch Quecksilberkügelchen von Blutkörperchengröße zwischen den Lykopodiumkörnern liegen, so genügt ein mehrmaliges Hin- und Herreiben mit dem Finger auf dem Objektträger, um dieselben, ohne daß sie wieder zusammenlaufen, zu unmerkbar feinen Tröpfchen weiter zu zerteilen.

Mit dieser überraschend einfachen Methode der Quecksilbertötung hat man also ein sehr brauchbares, dauerhaftes Quecksilberpulver gewonnen, aus dem man mit größter Leichtigkeit jede Quecksilbersalbe und jedes Quecksilberpflaster sofort herstellen kann. Auch wenn sich das Terpentinöl allmählich aus dem Lykopodium größtenteils verflüchtigt, zum kleineren Teil verharzt, bleibt das Quecksilberpulver als solches erhalten.

Mit der Gewinnung eines in jeder Apotheke leicht herstellbaren und dauerhaften Pulvis fluens hydrargyri scheinen mir zwei nicht zu unterschätzende Vorteile verbunden zu sein.

Einerseits ist die Extinktion des Quecksilbers damit den Apotheken wiedergewonnen, die die Quälerei der früheren Extinktion bereits größtenteils den Fabriken abgegeben hatten.

Sodann wird die gesamte äußere Quecksilbertherapie sicherlich einer bedeutenden Umwandlung entgegengehen.

Auch ohne allen Zusatz von Fett verreibt sich das Quecksilbergleit-

---

[1]) Nur Eukalyptusöl und Thymen machen ihm den Rang streitig.

Digitized by Google

puder mit der Hand oder einem Wattebausch auf der Haut mit größter Leichtigkeit, wobei je nach der Menge des Pulvers und der Zeit des Reibens ein mehr weißlicher oder mehr graulicher, äußerst feiner Überzug haften bleibt. Auch die Therapie mit Quecksilbersalben und -seifen krankte bisher noch an dem mittelalterlichen Dogma, daß alles bei der Wirkung auf gründliches, langes Reiben ankäme. Wie für den Apotheker, so war auch für den behandelnden Wärter in durchaus unnützer Weise das zähe Vehikel eine selbstgeschaffene Plage und bedeutende Energievergeudung.

In erster Linie kommt diese Verbesserung unseren unter der Läuseplage leidenden Truppen zugute. Ein einfaches Überstreichen der Haut mit dem Pulvis fluens hydrargyri dient sowohl als Prophylaktikum wie als Heilmittel.

Sodann hat sich bei sämtlichen Syphiliden das Pulvis fluens Hg bestens bewährt, als Aufstreuung sowohl für die Initialsklerose wie für ulzerierte Gummen, als Einreibung von Syphiliden und als methodische Einreibung für Hg-Kuren.

Man kann sehr gut ein hochprozentuiertes, 33 %iges Quecksilberpulver herstellen, da nun mal beim Hg die Zahl 33 bisher eine nicht anzutastende Heiligkeit besaß. Ich ziehe es aber aus praktischen Gründen vor, anstatt einzelne Körperteile mit konzentriertem Pulver einzureiben, die ganze Haut zweimal die Woche mit einem 10 %igen Pulvis fluens leicht einzuwischen, mit besonderer Berücksichtigung der Orte der Syphilide.

Eine solche Einwischung ist kaum sichtbar, besonders wenn man das Pulvis fluens hautfarben macht, was unter anderem durch Zusatz von etwas Zinnober und gelbem Bolus leicht gelingt. Sowohl die Schwanapotheke und die Fabrik Beiersdorf & Co. in Hamburg, wie die Formpuderwerke Kripke & Co. in Berlin stellen bereits graue und hautfarbene, tadellose Quecksilbergleitpuder her.

Digitized by Google

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig
(Direktor: Prof. Dr. Rille).

Beiträge zur Statistik der Skabies auf Grund der von 1903 bis 1910 in der Leipziger Hautklinik behandelten 2470 Krätzekranken.

Von

Dr. Karl Wilke.

(Schluß.)

In 21 Fällen waren bei den Frauen speziell die unteren Extremitäten der Sitz ausgedehnter ekzematöser Eruptionen. Der Grund hierfür ist wohl in der Eigenart der weiblichen Kleidung zu suchen, die dem Kratzbedürfnis der von Jucken befallenen Frauen besonders entgegenkommt. Bei 15 weiblichen Individuen waren die Mammae besonders stark affiziert in der Form von Pusteln oder Ekzem.

Eine Häufung der skabiösen Hautveränderungen sieht man vor allem an jenen Körperstellen, die infolge Bandagen, Bruchbändern, Krücken, eng anliegenden Kleidungsstücken einen heftigen und lange andauernden Druck erleiden. Dafür finden sich bei unseren Kranken mehrere Beispiele. Bei einem Schmied war die seitliche Beckengegend besonders befallen, verursacht durch den starken Druck des Schurzfelles an dieser Stelle. Ein Holzträger zeigte intensive skabiöse Hautveränderungen an der linken Achselfalte und Schulter. Ein Patient, der einen starken Panniculus adiposus aufwies, hatte Milbengänge und Effloreszenzen in reichlicher Anzahl an den queren Abdominalfalten. Zahlreiche Milbengänge und Knötchenbildungen sah man auch bei einem 25jährigen Handlungsgehilfen an dem Amputationsstumpf seines linken Oberschenkels, besonders an den Stellen, wo die Prothese denselben fest umschloß. Bei mehreren Kranken war die reichliche Knötcheneruption am Halse auf das Tragen von zu engen und hohen Stehkragen zurückzuführen.

Eine besondere Stellung nimmt die von Tieren auf Menschen übertragene Skabies ein. Daß eine derartige Übertragung möglich ist und auch wirklich vorkommt, beweisen verschiedene in der Literatur niedergelegte, zuletzt von Schindelka[1]) gesammelte Beobachtungen. So übertrug Widmann mit Erfolg die Krätze vom Pferd auf den Menschen.

[1]) Schindelka, Die Hautkrankheiten bei Haustieren. Wien 1908.

Digitized by Google

FRORIEP beobachtete die Ansteckung mit Krätze vom Pferde auf 30 Menschen. In einer Anzahl von Fällen konnte man eine Übertragung der Skabies von Ziegen, Schweinen, sogar von Hühnern auf den Menschen sehen. Auch Ansteckungen des Menschen durch räudige Hunde und Katzen wurden mehrmals beobachtet. SCHINDELKA erwähnt, daß er häufig Übertragungen der Räude von Hunden und Katzen, in einigen Fällen auch Ansteckungen von Hunden von Menschen her, zu sehen Gelegenheit hatte.

BRUHNS[1]) berichtet über einige Fälle von Krätze bei zwei Kindern und drei Erwachsenen, wo die Übertragung von kranken Hunden oder Katzen erfolgt war. Ebenda beschreibt auch BRUHNS einen Fall, wo ein krätziges Frettchen eine ganze Familie, bestehend aus Mann, Frau und drei Kindern, angesteckt hatte.

THIBIERGE[2]) hat Krätze bei acht Personen beobachtet, bei denen ein Kontakt mit kranken Katzen nachgewiesen war. Daß die Tierkrätze nicht nur durch die Tiere selbst auf den Menschen übertragen werden kann, sondern auch durch leblose Gegenstände, beweist folgender von WEYDEMANN[3]) mitgeteilte Fall. Hier muß die Ursache der Erkrankung auf die Berührung mit dem Fell eines räudigen Marders zurückgeführt werden; erkrankt waren ein Ehepaar mit zwei Kindern und der Verkäufer des Felles. Die Krätze äußerte sich bei diesen Personen in sehr intensivem Jucken, ferner in reichlichen Knötchenbildungen, die aber im allgemeinen die Prädilektionsstellen der menschlichen Skabies verschonten. In den Effloreszenzen wurden Parasiten gefunden, die mit denen des Felles identisch waren.

Nach BRUHNS (l. c.) verläuft die vom Tiere stammende Skabies beim Menschen viel schneller und günstiger; sie erlischt auch unbehandelt in 6—8 Wochen. Jucken soll nicht so häufig und intensiv vorhanden sein wie bei der menschlichen Skabies. Die für die Menschenkrätze typischen Prädilektionsstellen bleiben fast frei; dagegen hat man öfters Effloreszenzen im Gesicht gesehen. Milben sind angeblich nur selten beim Menschen gefunden worden, da sie offenbar nur schwer infolge der veränderten Lebensbedingungen in der menschlichen Haut zu gedeihen vermögen. In ähnlicher Weise äußert sich auch ALEXANDER[4]) über die vom Tier auf Menschen übertragbare Skabies. Dieser Autor hat bei der Übertragung der Krätze von Tieren auf Menschen eine Krätze entstehen sehen, die sich durch ihre atypische Lokalisation und durch den Mangel an Milbengängen auszeichnete.

[1]) BRUHNS, Ref., B. kl. W., 1902, Nr. 36. — [2]) THIBIERGE, Arch. f. Derm., 1911, Bd. 110, S. 380. — [3]) WEYDEMANN, Ref., Zbl. f. Bakt., 1887, Bd. 22, S. 442. — [4]) ALEXANDER bei MONTI, l. c., S. 845.

Digitized by Google

Im Gegensatz zu der Ansicht von BRUHNS betreffs des leichten und günstigen Verlaufes der Tierkrätze beim Menschen stehen allerdings Angaben von SCHINDELKA (l. c.), wonach die Ansteckung mit Hunde- oder Katzenräude beim Menschen einen langwierig verlaufenden Ausschlag veranlassen soll, der einer Behandlung einen weitaus größeren Widerstand entgegensetzt als die menschliche Skabies. Nach BESNIER[1]) soll sich die vom Pferde herstammende Krätze durch besondere Intensität auszeichnen und mit universeller Rötung, Bläschen- und Krustenbildung auch an Gesicht, Hals und Nacken einhergehen, gleichwie mit profusen Schweißausbrüchen.

Bestimmte Angaben über Ansteckung durch kranke Tiere sind allerdings von keinem unserer Patienten gemacht worden. Dennoch wird der folgende Fall an diese Möglichkeit denken lassen. Bei einem 44jährigen Stallschweizer bestand ein ziemlich stark juckender Knötchenausschlag am ganzen Körper, wobei indes die typischen Prädilektionsstellen so gut wie gar nicht befallen waren. Die verhältnismäßig starke Beteiligung der Stallschweizer und Kutscher an den Krätzeerkrankungen (für beide zusammen etwa 78, also 4,3% der Männer) läßt vielleicht den Schluß zu, daß in mehr als einem Falle die Ansteckung auf räudige Tiere zurückzuführen ist.

Ehe ich auf die Kombination der Skabies mit anderen Krankheiten eingehe, mögen noch einige Bemerkungen über den Gesundheitszustand der Krätzekranken im allgemeinen gemacht werden. HEBRA und ebenso PETTERS (l. c.) weisen darauf hin, daß von der Skabies in der Hauptsache junge, gesunde und kräftige Individuen befallen würden. Dies trifft auch für die überwiegende Mehrzahl unserer Patienten zu.

Todesfälle kamen unter unseren 2470 Patienten nicht vor.

BERGH (l. c.) verzeichnet unter 3161 Krätzekranken 3 Exitus und glaubt, daß hier teilweise die Behandlung den Tod herbeigeführt habe.

Daß sich neben dem Acarus scabiei gleichzeitig auch andere Hautparasiten in einer nicht geringen Zahl der Fälle vorfinden, ist bei den wenig erfreulichen sozialen Verhältnissen, in denen sich ein großer Teil dieser Kranken befindet, nicht weiter verwunderlich. Bei 3 Männern, 6 Knaben und 81 meist jugendlichen Frauenspersonen war neben Skabies auch Pediculosis capitis vorhanden.

In 22 Fällen (16 Männer und 6 Frauen) wurden Pediculi corporis nachgewiesen; die Männer waren zum größeren Teil ältere Individuen, davon 8 im Alter von 50 bis 70 Jahren standen.

[1]) BESNIER, zitiert von RILLE, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Jena 1902, S. 166.

Digitized by Google

21 männliche und 10 weibliche Patienten hatten Pediculi pubis beziehungsweise Maculae coeruleae.

Exkoriationen infolge von Wanzenbissen waren bloß bei einer einzigen krätzigen Patientin zu konstatieren.

Die Beziehungen der Skabies zu den Geschlechtskrankheiten sind so innige, daß verschiedentlich die Behauptung aufgestellt wurde, man könne die Krätze geradezu den venerischen Krankheiten zuzählen. Zweifellos ist eine nicht geringe Zahl unserer Fälle bei demselben Coitus impurus außer mit einer Geschlechtskrankheit auch noch mit Skabies infiziert worden. Bestimmte Äußerungen hierüber machte jedoch bloß ein einziger unserer Patienten, welcher angab, ziemlich gleichzeitig nach dem Koitus allgemeinen Pruritus und Ulcera mollia am Genitale bemerkt zu haben. Von Interesse ist die Gegenüberstellung der Skabies und einzelner venerischer Krankheiten betreffs der Häufigkeit ihres Vorkommens, wie sie in der Leipziger Morbiditätsstatistik bei Grotjahn[1]) niedergelegt ist. Unter 100 000 ein ganzes Jahr lang beobachteten männlichen Versicherungspflichtigen kamen vor:

99 Fälle von Skabies,
187 „ „ Gonorrhoe,
105 „ „ Ulcera mollia,
118 „ „ Syphilis.

Da in dieser Statistik nur die Krankheitsfälle, die zur Arbeitsunfähigkeit führten, berücksichtigt wurden, dürfte sich die Zahl speziell für die Skabies wohl noch höher stellen und mindestens der der luetischen Erkrankungen gleichkommen. Skabies und gleichzeitig bestehende Gonorrhoe wurden bei 76 unserer Patienten beobachtet; davon waren 51 männlich und 25 weiblich. Von den 51 männlichen Kranken waren 8 Studenten. Unter den 25 Frauen befanden sich 19 Prostituierte. 3 Mädchen standen noch im Kindesalter und boten das typische Bild der Vulvovaginitis gonorrhoica.

Ulcus molle und Krätze wurden 13mal gefunden, bei 9 Männern und 4 Frauen; in 7 Fällen bestand überdies Bubo inguinalis.

Syphilis bestand in 56 Krätzefällen, wovon 29 weiblichen Geschlechts waren. Von den 29 Frauen waren 20 Prostituierte. Viermal bestand primäre Lues; bei 12 Patientinnen wurde Leucoderma colli konstatiert; in 8 Fällen entsprach die Lues der Tertiärperiode.

Über die Koinzidenz von Syphilis und Krätze schreibt Druelle[2]): „Beide können an sich unabhängige Symptome bewirken, die auf die entsprechende Behandlung für sich reagieren. Sehr oft kann man auch

[1]) Grotjahn, Soziale Pathologie. Berlin 1912. — [2]) Druelle, Journ. des mal. cut. et syph. März 1904, Nr. 3, S. 174.

Digitized by Google

gegenseitige Modifikationen ihrer Eruptionen entdecken. Da die Syphilide in Aussehen und Lokalisation von äußeren Reizen abhängig sind, so ist eine Beeinflussung durch die Krätze natürlich. Die Skabies kann rezidivierende Syphilide provozieren, welche dann an den Prädilektionsstellen der Skabies sich lokalisieren. Die Krätze kann auch bei der ersten Eruption der Syphilis einen bestimmenden Einfluß auf den Sitz der Effloreszenzen haben. Vorhandene Syphilide können unter dem Einfluß der Krätze ein besonderes Aussehen annehmen; es kommt zur Bildung von pustulösen, krustösen Effloreszenzen, von Riesenpapeln, so daß die Unterscheidung, was der Skabies und was der Lues angehört, oft sehr schwer, ja unmöglich wird. Auch kommen syphilidoskabiöse Verbindungen auf ein und derselben Effloreszenz vor. Die Milbengänge an den Genitalien können als Eingangspforte für die Syphilis dienen; in solchen Fällen kommt es zur Bildung multipler, harter Schanker. Auch für die Entstehung extragenitaler Sklerosen bietet die Skabies Gelegenheit."

Primäraffekte auf skabiösem Boden sind von FOURNIER u. a. am Penis und von VERCHÈRE in der Unterbauchgegend konstatiert worden [1]). RILLE [2]) meint, daß die Krätze auch eine Hilfsursache für die allerdings äußerst selten am Nabel situierte syphilitische Primärinfektion abgeben könnte.

Bemerkenswert ist der Einfluß, den manche akute Krankheiten auf den Verlauf der Skabies haben. Bei Interkurrieren fieberhafter Krankheiten wie Pneumonie, Typhus abdominalis u. dgl. kommt es vor, daß die Symptome einer gleichzeitig bestehenden Krätze verschwinden; das Jucken hört auf, die ekzematösen Erscheinungen und die Milbengänge werden undeutlich. In der Rekonvaleszenz aber kommen die skabiösen Hauteruptionen wieder zum Vorschein. Als Erklärung hierfür führt KAPOSI [3]) folgendes an: „In der durch Fieber abnorm heißen, trockenen, durch Anämie atonischen Haut sterben die Milben ab, daher kein Jucken und Kratzen, und als weitere Konsequenz Rückbildung des Ekzems. Die Eier dagegen bleiben erhalten; in der während der Rekonvaleszenz turgeszierenden Haut kriechen aus diesen junge Milben aus und die Krätzesymptome beginnen aufs neue."

Beobachtungen dieser Art waren bei zwei unserer Patienten zu machen. In dem einen Falle handelte es sich um einen 2jährigen Knaben, der mit manifester Skabies zur Aufnahme kam; wegen andauernder

[1]) Vgl. D'AULNAY. Divers modes de contagion dans la Syphilis acquise. Journ. des mal. cut. et syph., 1895, Bd. 7, S. 487. — [2]) RILLE, Über den syphilitischen Primäraffekt am Nabel. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113, S. 874. — [3]) KAPOSI, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Berlin u. Wien 1899, S. 1028.

Digitized by Google

Temperatursteigerung bis 40° C wurde mit der antiskabiösen Therapie vorerst gewartet. Als der kleine Patient wegen beginnender Masern nach der inneren Station verlegt wurde, war von der Krätze fast gar nichts mehr zu sehen. In der Rekonvaleszenz erkrankte dann der Knabe an allgemeiner Furunkulose. In einem weiteren Falle entwickelten sich die Masern bei einem 3jährigen Kinde mit an den Prädilektionsstellen lokalisierter, aus reichlichen Pusteln und Bläschen und nur wenigen Knötchen bestehender Skabies. Während der Krätzebehandlung erkrankte das Kind an Masern; die skabiösen Hauterscheinungen gingen zurück, um nach der Deferveszenz wieder hervorzutreten.

Ferner war in vier Fällen, bei drei Knaben und einem Mädchen, angegeben worden, daß die Skabies im Anschlusse an Masern oder Scharlach aufgetreten sei. Offenbar hatte hier aber die Krätze meist schon vor der akuten Erkrankung bestanden, ohne weiter beachtet worden zu sein, und wurde erst nach Abklingen des Fiebers manifest.

Bei sieben männlichen Patienten sowie zwei weiblichen wurde neben ausgesprochener Skabies auch Urtikaria gefunden. Fälle dieser Art können sehr wohl diagnostische Schwierigkeiten bieten, zumal wenn das urtikarielle Moment überwiegt und von der Auffassung als Krätze ablenkt. Nach Kaposi [1]) entwickelt sich bei manchen Personen im Anschluß an Krätze ein Status pruriginosus, der sich auf Monate und selbst Jahre ausdehnen kann und meist mit der Bildung von urtikariellen Erscheinungen einhergeht. Die Skabies spiele in solchen Fällen nur das auslösende Moment für die Urtikaria und sollte nach Kaposi bei der Prognosenstellung der Krätze mit berücksichtigt werden. In einzelnen unserer Skabiesfälle war auch, ohne daß wirkliche Quaddelbildung ersichtlich war, ein deutlicher Dermographismus vorhanden.

Skabies in Verbindung mit gleichzeitig bestehendem Ekzem wurde in 15 Fällen beobachtet. Bei einem Patienten kam es im Anschluß an Krätze dreimal innerhalb von elf Monaten zur Entwicklung eines allgemeinen akuten Ekzems.

Der Vollständigkeit halber seien noch die Fälle von Kombination mit anderen Hautkrankheiten angeführt. Es fanden sich neben Skabies in zwei Fällen Psoriasis, in drei Fällen Acne vulgaris, in einem Falle Varizellen bei einem dreijährigen Kinde und einmal Lichen ruber.

Nachfragen bei unseren Krätzekranken, wie lange ihr Hautleiden bereits bestanden habe, bevor sie sich in klinische Behandlung begeben hatten, ergaben folgendes. Nur etwa ein Achtel der Patienten kam innerhalb der ersten 14 Tage, nachdem sich die Krätze bei ihnen bemerkbar

[1]) Kaposi, l. c., S. 1010.

Digitized by Google

gemacht hatte, in das Krankenhaus. In der Mehrzahl handelte es sich hier um Zugereiste oder wohnungslose Individuen, denen die Krätze eine willkommene Gelegenheit zum Spitaleintritte, zumal in der kälteren Jahreszeit, bot. Der größte Teil ließ 3—6 Wochen verstreichen, ehe er zur Aufnahme kam. Einzelne waren schon in ärztlicher Behandlung gewesen oder hatten versucht, sich selbst zu behandeln; die meisten aber waren bis dahin unbehandelt. Bei 92 Patienten, darunter 30 Frauen, hatte die Skabies schon seit einem Vierteljahre bestanden. Die Hälfte davon war während dieser Zeit vollständig unbehandelt geblieben.

22 Kranke (15 Männer, 7 Frauen) hatten ihre Krätze seit einem halben Jahre, davon 5 unbehandelt; 10 Patienten seit einem Jahre, 3 davon unbehandelt.

Den Rekord halten zwei Patienten, von denen der eine seit anderthalb, der andere seit zwei Jahren mit Krätze behaftet war, obwohl beide verschiedentlich in ärztlicher Behandlung sich befunden hatten. Immerhin ist diese Krankheitsdauer noch als kurz zu bezeichnen gegenüber den Mitteilungen von HARDY[1]) über die Krätze in der Niederbretagne, woselbst die Skabies bereits die kleinen Kinder wenige Tage nach der Geburt befällt und sie bis zum Tode nicht mehr verläßt.

310 Patienten (218 Männer und 92 Frauen, hatten sich vor der Aufnahme ins Krankenhaus ärztlich behandeln lassen. Davon waren 15 Kranke mit innerlichen Medikamenten wie Bitterwasser, Karlsbader Salz, Abführpillen oder Arsen behandelt worden, ein Beweis dafür, wie oft die Diagnose der Krätze verfehlt wird. Einer Anzahl Kranker waren Bäder wie Dampf-, Lysol-, Kleien-, Schwefel-, Eichenrinden- oder Fichtennadelbäder, teilweise unter gleichzeitiger Einreibung mit grüner Seife ordiniert worden, mehrfach auch Teer- oder Keraminseife, weiße Präzipitatsalbe, Mentholspiritus, Teertinktur usw. Von gebräuchlicheren Antiskabiosis waren angewendet worden Perubalsam in 28 Fällen, Styrax in 10 Fällen und Unguentum WILKINSONII in 5 Fällen, ferner Nikotianaseife und Antiskabin.

39 Patienten waren vor dem Eintritt in die Krankenhausbehandlung schon in verschiedenen Polikliniken oder Krankenhäusern wegen ihrer Skabies behandelt worden. 215 Kranke, darunter 76 Frauen, hatten versucht, ihre Krätze selbst zu behandeln. An der Spitze dieser selbstverordneten Mittel stehen Schmierseife und Teerschwefelseife. Beliebt waren ferner Bäder, Blutreinigungstee, Salizylspiritus, Essigwasser, Vaseline, Glyzerin, Lanolin, Borsalbe und Olivenöl. Andere besser versierte Patienten hatten Mittel wie Epikarin, Naphtol-, Nikotiana- und Kreolinseife oder Perubalsam, letzteren in acht Fällen, versucht.

[1]) HARDY, Leçons sur les maladies de la peau. 1859, Bd. 2, S. 141.

Digitized by Google

Fünf Patienten hatten sich von Kurpfuschern behandeln lassen. Therapeutisch wurden in der Klinik folgende Mittel verwendet:

Unguentum WILKINSONII	in	2142 Fällen
Schwefelstärkepaste nach YAMADA	„	268 „
Französische Schnellkur	„	16 „
Perubalsam	„	8 „
Antiskabin	„	8 „
Thiopinol	„	6 „
Naphtol-Schwefelsalbe (KAPOSI)	„	4 „
Styrax	„	3 „
Sapolan	„	3 „
Teeröl, 10%	„	2 „
Mixtura DURET	„	1 Falle

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, war die Behandlung mit WILKINSON-Salbe [1]) die am häufigsten geübte. Sie kam auch in der Mehrzahl bei den kleinen Kindern ohne jegliche Schädigung zur Anwendung. In der Regel genügten 4—6 Einreibungen, nur ganz selten kam es zu 10—12 Einreibungen, und zwar bei Patienten, die nach der ersten Einreibungskur noch über Jucken klagten. Nach den Einreibungen kamen die Patienten in Puder; bei restierendem Ekzem oder Wundbildungen wurde die LASSARsche Zinkpaste angewendet. Die durchschnittliche Behandlungsdauer mit Unguentum WILKINSONII betrug 6—7 Tage.

Eine größere Anzahl Krätzekranker wurde versuchsweise mit einer von dem japanischen Arzte YAMADA [2]) angegebenen Schwefelstärkepaste behandelt; die Resultate dieser Behandlung waren im allgemeinen zufriedenstellend.

Aus 40—45 g Reismehl bereitet man mit ½ Liter Wasser einen Kleister, dem zur Desinfektion 2,5 g Salizylsäure oder 5,0 g Benzoesäure zugesetzt wird; die Dichte dieses Kleisters richtet sich naturgemäß nach dem Wassergehalt, der beliebig variiert werden kann. Dann wurde zur Behandlung unserer Fälle so viel sublimierter Schwefel zugesetzt, daß eine 30%ige Schwefelstärkepaste entstand. In der Regel genügten 3—4 Einreibungen des ganzen Körpers (täglich eine Einreibung), im Anschluß daran kamen die Patienten in Puder und durften für kurze Zeit nicht baden. Die Behandlungsdauer stellte sich durchschnittlich auf 5—6 Tage. In drei Fällen war die französische Schnellkur ohne vollen Erfolg, so daß kurze Nachbehandlung mit WILKINSON-Salbe angeschlossen werden mußte.

[1]) Vgl. RILLE, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Jena 1902, S. 170. — [2]) H. YAMADA, Stärkepaste als Vehikel nebst einigen Bemerkungen über die Skabiesbehandlung. Derm. Zschr., 1910, Bd. 17, S. 259.

Digitized by Google

Thiopinol wurde zweimal als Salbe, viermal in der Form von Bädern angewendet, sämtlich erfolgreich bis auf einen Fall, wo es kurze Zeit nach der Entlassung wieder zu Jucken kam, und der betreffende Patient wieder aufgenommen werden mußte. In der Regel genügten fünf Thiopinolbäder von 15—30 Minuten Dauer. Bei einer Patientin stellten sich im Anschluß an die Bäder Ohrensausen, Schwindel, Kopfschmerzen, Herzklopfen und allgemeines Schwächegefühl ein. Jedoch schwanden diese Erscheinungen wieder nach kurzer Zeit.

Eine ähnliche Behandlungsweise, welche RILLE [1]) auch bei Skabies mit Erfolg durchgeführt hat, ist die mit protrahierten Bädern in sog. Ichthyolidin, einem bisher unbenutzt gebliebenen, stark aromatisch riechenden Nebenprodukte der Ichthyolbereitung aus Seefeld in Tirol.

Die nach Angabe des Pariser Apothekers DURET hergestellte Mixtura DURET [2]) wurde bei einem siebenjährigen Kinde angewandt, aber ohne Erfolg, so daß eine Nachbehandlung mit WILKINSON-Salbe notwendig war. Allerdings ist diese Teer und Schwefel sowie noch viele andere Bestandteile enthaltende Medikation ursprünglich nicht gegen Skabies, sondern gegen Ekzem empfohlen worden.

142 Patienten, 98 Männer und 44 Frauen, gelangten innerhalb kürzerer oder längerer Zeit zur Wiederaufnahme. Darunter befinden sich 20 Patienten, die zweimal und öfter wieder aufgenommen werden mußten. Ein 13jähriges Kind kam innerhalb 1½ Jahren nicht weniger als fünfmal wegen Skabies zur Behandlung, ebensooft ein 26jähriger Schleifer im Verlaufe von drei Jahren.

Ein Teil der Patienten hatte dem Verbote, sich mehrere Tage nach der WILKINSON-Kur weder zu waschen noch zu baden, zuwidergehandelt und damit den neuerlichen Ausbruch der Skabies provoziert. Bei 22 Patienten war der Grund zur Wiederaufnahme ein Ekzem, das sich im Anschluß an die behandelte Skabies entwickelt hatte.

In dem größten Teil der Wiedererkrankungen an Krätze war dieselbe auf neuerliche Ansteckung zurückzuführen, bedingt durch die Rückkehr in die alten unhygienischen Verhältnisse, speziell bei familiärer Skabies.

---

[1]) RILLE, Zwei Fälle von Pemphigus. Ärztegesellschaft in Innsbruck, 28. Oktober 1899. W. kl. W., 1900, Bd. 13, S. 47. — [2]) Vgl. GRIFFON, Traitement de l'eczéma par un baume aux principes actifs en combinaison avec le camphre et en dissolution dans l'acétone. Soc. franç. de Derm., 11. Janv. 1905; Ann. de Derm. et de syph., 1906, S. 64. — JADASSOHN, Über Ekzembehandlung. Ther. Mh., 1908, Bd. 12, S. 643.

Digitized by Google

Nachtrag zu dem Artikel „Über Atrophia maculosa cutis luetica".

Von

Prof. Dr. R. POLLAND, Graz.

In der oben angeführten Publikation (Derm. Wschr., Bd. 60, Nr. 8, S. 193) habe ich versehentlich eine neuere Arbeit über dasselbe Thema unberücksichtigt gelassen, welche in mehrfacher Hinsicht Beachtung verdient und auf welche ich daher an dieser Stelle kurz zurückkommen möchte. Es ist die Arbeit von BOHAC „Über makulöse Atrophie mit besonderer Berücksichtigung zweier Fälle von makulöser Atrophie bei Lues" (Arch. f. Derm., Bd. 103, S. 183). Die beiden genau beobachteten und auch histologisch untersuchten Fälle bilden eine weitere Bereicherung des kasuistischen Materiales und einen Beleg dafür, daß die unter obigem Namen bekannte Affektion nicht allzu selten als Folgeerscheinung luetischer Exantheme auftreten kann. Einen besonderen Wert für alle weiteren Bearbeitungen des Gegenstandes besitzt die angeführte Arbeit ferner auch durch die darin enthaltene sehr sorgfältige und kritisch gesichtete Zusammenstellung der einschlägigen Literatur.

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Über Protoplasmafasern beim Epitheliom, von GEORGE ARNOLD-Liverpool. (Quarterly J. of Mikr. Sc., Febr. 1912.) Die seit RANVIER spärlich und sehr verstreut erschienenen Arbeiten über Protoplasmafasern und „epidermische Fibrillen" unterzieht Verfasser einer kurzen Besprechung und berichtet dann über seine eigenen Untersuchungen, die er an einem in FLEMMINGscher Lösung fixierten Zungenepitheliom angestellt hat. Die malignen Zellen des Epithelioms unterliegen einer allmählichen Degeneration, indem entweder die Protoplasmafasern aus der Zelle verschwinden und die Zelle selbst zerfällt oder indem das fibrilläre Material im Überschuß produziert wird, sich verdickt und eine Art Mantel um den Kern bildet, der dann atrophiert; derartige „tote" Zellen gruppieren sich und bilden die sogenannten Epithelperlen oder Zellnester.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Behandlung des Epithelioms, von A. RAVOGLI-Cincinnati, Ohio. (Am. J. Surg., Mai 1913.) Verfasser empfiehlt oberflächliche Epitheliome mit einem scharfen Löffel zu behandeln und auf die zurückbleibende Wundfläche fünf Minuten lang folgende Mixtur einwirken zu lassen: Formaldehyd 2, Lysol 2, Ferr. perchlor. 1. Dies gibt einen dicken grünen Brei, der frisch zubereitet und verwendet werden muß, weil er sonst unter Braunfärbung seine Wirksamkeit verliert, und der in der Nähe von Augen, Nase und Mund wegen der Formaldehyddämpfe mit Vorsicht zu verwenden ist.

W. Lehmann-Stettin.

Die Behandlung von kutanen Epitheliomen mit Äthylchlorid, von H. SEIDELIN-Liverpool. (Lanc., 14. Juni 1913.) Verfasser hat in Mexiko zwei Fälle von Ulcus rodens

Digitized by Google

in der Weise behandelt, daß er unter Bedeckung der Umgebung mit einem Schutzverband die Neubildung mit Äthylchlorid zum Gefrieren brachte und zwei bis fünf und sogar sieben Minuten in diesem Zustand hielt. Dies wurde bei dem einen Falle regelmäßig einen Tag um den anderen ausgeführt, und nach etwa 20 Sitzungen war bei geringer sonstiger Nachhilfe vollkommene Heilung erfolgt. Bei dem anderen Patienten wurden die Sitzungen weniger regelmäßig ausgeführt, aber die Heilung war auch hier nach zwei Monaten eine vollständige. Im Laufe von zwei resp. vier Jahren ist kein Rezidiv eingetreten. Verfasser will die Methode aber nur für Ulcus rodens und andere scharf umgrenzte, kleine Tumoren verwendet wissen. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Rolle des Lichtes in der Ätiologie des Hautepithelioms, von William Dubreuilh. (7. internat. Dermatol.-Kongr., Rom 1912.) In seinem Vortrage führt Verfasser etwas näher seine schon anderwärts erörterten Ansichten über den Zusammenhang des Sonnenlichts mit der multiplen Hautephitheliomatose der Greise aus. Diese letztere Krankheit wird in ihrer gewöhnlichen Form auf Gesicht und Handrücken eingeleitet durch eine „Präkauserose": die Greisenwarzen. Diese sind das charakteristischste Merkmal eines Symptomenkomplexes, der hervorgerufen wird durch die prolongierte Einwirkung der Sonnenstrahlen, zumal der ultravioletten Strahlen. Der Symptomenkomplex, den man Keratosis senilis oder solaris nennen könnte, ist also eine chronische Insolation. R. Frühwald-Leipzig.

Hautepitheliome durch Sonnenlicht geheilt, von Hiram H. Seelye-Daytona. (New York m. J., 7. Febr. 1914.) S. erinnert bei dem großen Interesse für Radium und dessen erfolgreiche Anwendung gegen Karzinom, an ein älteres und nicht minder wirksames Mittel gegen kleine oberflächliche Hautepitheliome, nämlich konzentriertes Sonnenlicht, das mittels eines gewöhnlichen Vergrößerungsglases, wie es für geringen Preis leicht zu kaufen ist, auf die Hautstelle gesammelt wird. Eine lange Reihe von Jahren hindurch hat S. diese Behandlungsart von unfehlbarem Erfolge begleitet gesehen und zwar hauptsächlich bei jenen hartnäckigen ulzerierenden Herden im Gesicht oder an der Nase, welche unter Salben, Pudern oder anderen Lokalbehandlungen durchaus nicht heilen wollen, gewöhnlich von mäßiger Ausdehnung und niemals bösartig sind. Eine Sitzung der direkten Bestrahlung dauert gewöhnlich 10–15 Minuten (bis der Patient das Gefühl von Brennen verspürt), wird anfangs jeden Tag oder jeden zweiten Tag wiederholt, bis der Schorf abgefallen ist, und dann die offen liegende Geschwürsfläche auf 3–4 Minuten mit möglichst starkem Licht bestrahlt, um dann wieder mit der milderen Applikation auf 15 Minuten fortzufahren. Inzwischen wird irgend ein austrocknender Puder, wie Borsäure, Talkum, Bismut angewendet. Zuletzt bleibt eine gesunde, ganz normale Haut mit einer kaum sichtbaren Narbenspur. Selten sind mehr als 8 bis 15 Bestrahlungen nötig, um dieses Resultat zu erzielen. Sieben von S. in den letzten zehn Jahren behandelte Fälle zweifellos maligner Geschwürsprozesse illustrieren die Vorzüge dieser Methode, die stets dann in Betracht kämen, wenn Röntgenstrahlen und Radium nicht zur Hand sind. M. Stern-München.

Zwei Fälle von Epitheliom der Unterlippe bei eingeborenen Frauen, von J. Brault. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 137.) Bei dem immerhin viel selteneren Vorkommen des Epithelioms der Unterlippe bei Frauen ist es bemerkenswert, daß der Verfasser Gelegenheit hatte, in Algier im Monat Juni 1913, zwei Fälle bei weiblichen Eingeborenen zu sehen. Beidemal handelte es sich um typische Hornzellenepitheliome.
A. Gunsett-Straßburg.

Behandlung eines Nasenepithelioms mit Radium, von Th. Nogier. (Lyon méd., 1914, Nr. 5.) Bei einem 80jährigen Manne wurde ein großes Epitheliom der Nase durch Radium innerhalb eines Monates zum Schwinden gebracht. Verfasser weist aber

Digitized by Google

darauf hin, daß Radium nicht alle Epitheliome heilen kann. Bei tiefgreifenden, inoperablen Neoplasmen ist die sicherste Methode die Kombination von Radium mit intensiver Röntgenbestrahlung. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Kenntnis der bösartigen Tumoren der Sakralgegend (aus angeborener Anlage hervorgegangenes Kankroid bei einem 72jährigen Manne), von Rudolf Heusner-Basel. (Zbl. f. Pathol., 1913, Bd. 24, Nr. 23.) Eingehende Schilderung des klinischen Verlaufes, makroskopischen und mikroskopischen sowie Sektionsbefundes. Der maligne Tumor, welcher wahrscheinlich von einem in die Tiefe versprengten Epidermiskeim ausgegangen war, erwies sich histologisch als ein Kankroid mit ausgedehnter Verhornung. O. Gans-Hamburg.

Über das Wesen des Greisenalters und der Karzinosis, von H. Gilford-Reading. (Brit. m. J., 27. Dez. 1913.) Um dem Verständnis der Karzinosis näher zu kommen, ist, wie G. ausführt, eine genauere Kenntnis der anatomischen und physiologischen Vorgänge der senilen Involution, von welcher wir tatsächlich nur sehr wenig wissen, von eminenter Wichtigkeit. Diese Vorgänge umfassen nicht nur Verfall, sondern auch die Prozesse der Fibrosierung und der Proliferation. Die Zellen des alternden Organismus nähern sich in ihrem Verhalten vielfach wieder der ursprünglichen, unentwickelten Form und zeigen Neigung zur Vermehrung, wenn auch die Vorgänge des Zerfalls und der bindegewebigen Schrumpfung im großen ganzen überwiegen. Die Karzinomzelle ist aufzufassen als eine senil entartete oder auch als eine mehr oder minder rudimentär stehengebliebene Zelle, welche gewissermaßen in senile Proliferation verfällt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Diagnostische und therapeutische Krebsstudien, von Stammler. (Beitr. z. kl. Chir., 1914, Bd. 92.) S. hat in den letzten $4^1/_2$ Jahren auf der Abteilung von Geheimrat Kümmel Versuche bezüglich der biologischen Geschwulstdiagnostik angestellt und kommt zu dem Ergebnis, daß die Freund-Kaminersche, die Ascolische Meiostagminreaktion und die Abderhaldensche Methode zurzeit, ebensowenig wie die anderen in der Literatur bekannten, einen sicheren Anhalt für die Diagnose geben. Gerade bei der Frühdiagnose haben sie oft versagt. Was nun die Therapie betrifft, steht S. auf dem Standpunkt, daß die Chirurgie, besonders auch bezüglich der Dauererfolge, noch immer die besten Resultate hat. Bei inoperablen Fällen und bei Rezidiven wird auf der Kümmelschen Abteilung der Strahlentherapie der Vorrang gegeben. Die chemische Krebsbehandlung hat vollkommen versagt. Das Auftreten von Einschmelzungsherden im Tumor ist noch lange nicht als Heilungsvorgang zu bewerten; erst bei einer Substitution durch Bindegewebe oder Fett kann von einer Heilung gesprochen werden. Dagegen muß man den Metallkolloiden eine gewisse analeptische Wirkung und die Fähigkeit, die Bestrahlungstherapie durch Sensibilisierung der Geschwülste zu unterstützen, zuschreiben. Wirklich gute Erfolge sind mit Arsen (Arsazetin, Atoxyl, Salvarsan) nur bei Sarkom erzielt worden. Unter den biologischen Methoden der Krebstherapie scheint die aktive Immunisierung die aussichtsreichste zu sein. Voraussetzung ist die streng spezifische Auffassung der Geschwulststämme und -arten. Demnach gibt die eigene Geschwulst die besten Resultate. Von den 18 Patienten, die S. mit dem eigenen Tumorautolysat behandelt hat, wurde nur einer wirklich geheilt, drei wurden vorübergehend gebessert, bei drei anderen konnte man eine einschmelzende Wirkung auf den Tumor beobachten. Nach S. scheitern die Erfolge an dem Umstande, daß einerseits das Verfahren an äußerst kachektischen Patienten vorgenommen wird, andererseits nicht genügende Mengen eigenen Tumorextraktes zur Verfügung stehen.

E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Die Heilung und Verhütung des Krebses, von F. Schürer von Waldheim-Wien. (Neue Heilk. u. Gesundheitslehre f. Ärzte u. Nichtärzte, 1914, H. 4.) Verfasser betrachtet den Krebs als eine langjährige Ernährungskrankheit, der sich Reize hinzugesellen. Der Grund derselben ist die Verarmung des Körpers an Kieselsäure. Fleisch, Eier, Fisch, Käse, Milch enthalten äußerst wenig Kieselsäure; diese einseitige Kost bevorzugen gerade die Reichen, unter denen gerade die Krebskrankheit unzählige Opfer fordert. Reich an Kieselsäure sind Reismehl, Hirse, Hafer, Gerste, Mais, Weizen, Roggen, die Gemüse, die Früchte; besonders reich an Kieselsäure aber sind die Getreidehülsen und Obstschalen, die mit gegessen werden sollten. Der Eiweißüberschuß stellt einen gefährlichen Wachstumsreiz dar. Besonders gefährlich sind die Reizungen die von Alkohol, Tabak, scharfen Gewürzen und zu heißer Nahrung sowie von ätzenden Medikamenten ausgehen. Die Heilung des vorhandenen Krebsleidens bestehe in Behandlung des Grundleidens, das Messer solle nur bei lebensbedrohenden Verwicklungen, wie Darm-, Kehlkopfstenosen u. dgl. in Betracht kommen. Zur Heilung sei vor allem die Ausschaltung aller Reize nötig; dann muß man 1. auf richtige Ernährung sehen, 2. die ins Blut gelangenden Stoffwechselprodukte der Wucherzellen durch perkutane Entgiftung, Schwitzbäder u. dgl. beseitigen, 3. Belichtung mit Röntgenstrahlen anwenden, und 4. für Muskelarbeit, frische Luft und entsprechende Geschwürsbehandlung Sorge tragen. Als Medikation sei die Kieselsäurezufuhr nach Dr. Zeller von größter Wichtigkeit: Rp. Natr. silicic. ää 1,25, Kal. silicic. ää 1,25, Sacch. lactis 7,50, M. F. T. Divide in partes aeq. Nr. XXV, D. ad chartam ceratam, S. 3mal täglich ein Pulver nach den Mahlzeiten in Wasser zu nehmen. F. John-Leipzig.

Über den Erfolg von Mäusekarzinomimpfungen auf Kaninchen, von Apolant und Bierbaum-Frankfurt. (D. m. W., 1914, Nr. 11.) Verfasser haben die Versuche Strauchs (B. kl. W., 1913, Nr. 21) nachgeprüft, dem es angeblich gelungen war, Mäusekarzinom auf Kaninchen in 50% mit positivem Erfolg zu impfen und dann auch auf andere Kaninchen weiter- aber nicht auf Mäuse zurückzuimpfen. Strukturell wichen die neuen Tumoren völlig von dem übertragenen Material ab, sie hätten sich aber ebenso als sehr bösartig erwiesen. Verfasser fanden nur, daß die entstandenen Knoten Granulationsgewebe im Übergang zum Abszeß wahrscheinlich bakteriellen Ursprungs darstellten. O. Junghanns-Dresden.

Analyse der Wirkung radioaktiver Substanzen auf Mäusekrebs, von v. Wassermann-Berlin. (D. m. W., 1914, Nr. 11.) Um klar zu sehen, ob die Strahlen direkt auf den Tumor einwirken, oder ob das Blut oder andere Zellen eine ausschlaggebende Rolle spielen, stellte er die Versuche in vitro an, das heißt, er ließ die γ-Strahlen eines 50 mg Mesothoriumpräparates auf eine Suspension von kleinen, etwa 1 mm dicken Stückchen des Krebses in Ringerscher Lösung einwirken. In Ringerscher Lösung zeigten sich diese Stückchen noch $4^1/_2$ Stunde lebensfähig und übertragbar. Nach dreistündiger Bestrahlung war keine Verimpfung mehr möglich, wohingegen die Kontrollen von elf Versuchen neunmal positiv ausfielen. Bei 3 mm dicken Stückchen zeigte sich, daß drei Stunden Bestrahlung nicht mehr genügte. Es gingen Impfungen an, es waren schon nicht mehr alle Zellen abgetötet. Um weiter zu erforschen, ob die Karzinomzelle abgetötet wird, oder ob nur das zerstört wird, was ihr den Charakter der bösartigen Zelle verleiht, wurden nach der Bestrahlung Stückchen verimpft, andere kamen in eine mit Methylenblau schwach gefärbte Ringersche Lösung, die durch Paraffinüberguß luftdicht abgeschlossen wurde. Während die Impfungen nicht angingen, blaßte die Methylenblaulösung durch den Sauerstoffverbrauch der noch lebenden Zellen ab. So wirkt die Strahlung direkt auf die Karzinomzelle, es wird aber nur derjenige Apparat getroffen, der die Ver-

Digitized by Google

mehrung, die Proliferation und Teilung versorgt. Es wird nur der Fortpflanzungs-, nicht der Ernährungsapparat getroffen. O. Junghanns-Dresden.

Bericht über einen Fall von Gesichtskarzinom, von Edwin S. Maxson-Syrakuse N. Y. (New York m. J., 29. Nov. 1913.) Es handelte sich um ein in der rechten Nasenhälfte sitzendes Karzinom, das nicht auf die Wangenhaut, sondern durch den harten Gaumen gegen die Mundhöhle zu aufbrach und der 41jährigen Patientin erhebliche Beschwerden beim Kauen usw. verursachte; zehn Monate nach Beginn, resp. nach gestellter Diagnose, welche keine Besserung von einem operativen Eingriff annehmen ließ, trat der Tod als Erlöser ein, nachdem 14 Tage vorher doch noch ein Eingriff gemacht wurde, um das Schließen des Mundes und die Atmung zu erleichtern. M. hält es nicht für ausgeschlossen, daß Patientin in ihrer Eigenschaft als Krankenpflegerin mit karzinomatösem Gewebe sich infizierte (Karzinomzellen in die Nase brachte).

M. Stern-München.

Hyperkeratose auf der Haut eines Mammakarzinoms, von B. Radvánszky-Budapest. (Orvosok Lapja, 1913, Nr. 34.) Verfasser referiert über einen Patienten, bei dem über der karzinomatös veränderten rechtsseitigen Brust eine panzerartige Hornhaut war, die die ganze Brust bedeckte, so daß auch die Brustwarze nicht abzuheben war. Auf der rechtsseitigen Brustkorbhälfte nehmen zerstreute, scharf umschriebene, von der umgebenden Haut sozusagen sich nagelförmig erhebende Hornplaques Platz, unter denen konsistente Knoten fühlbar sind. Zu diesen Knoten führen aus der Hauptgeschwulst infiltrierte Bündel. Die nach Probeexzision vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Kranke ein vom Drüsenepithel ausgehendes Carcinoma mammae besaß, über dem die Haut hochgradige, aber nicht karzinomatöse Hyperkeratose zeigte. Die seitens der den Tumor und dessen Metastasen bedeckenden Haut beobachtete hochgradige Hyperkeratosierung hat nach Verfasser die fremdkörperartige Wirkung der Geschwulst hervorgerufen. Bemerkenswert ist, daß die ganze Haut anormal hochgradige Schuppung gezeigt hat. Verfasser hält den Fall deshalb für erwähnenswert, weil er in der Literatur keinen ähnlichen gefunden hat. M. Porosz-Budapest.

Über Schweißdrüsenzysten der Brustdrüse und deren Krebse, von C. Krompecher-Budapest. (Vh. d. D. pathol. Ges., 1913, XVI. Tagung.) Verfasser bringt zunächst eine Literaturzusammenstellung der mit „blassem Epithel" ausgekleideten kleinen Zysten der Brustdrüse. Bei 292 gut- und bösartigen Brustgeschwülsten fand er selbst diese Zysten 21 mal und zwar zwölfmal bei gutartigen Fibroadenomen und neunmal bei Krebsen. Während das „blasse Epithel" stets sehr deutlich vor Augen trat, fanden sich die langen, parallel nach Art von Reifen verlaufenden Spindelzellen bloß dreimal wirklich ausgesprochen. Das Verhalten des Epithels und der Membrana propria scheinen mit Sicherheit dafür zu sprechen, daß es sich bei den fraglichen Zysten um den Schweißdrüsenzysten analoge Zysten handelt. Sie kommen in den verschiedenen Altersklassen vor; was die Natur der Geschwülste anbelangt, bei denen sie sich finden, scheint das Fibroadenoma simplex zu überwiegen. Die Zahl der Zysten schwankt zwischen 1 und 30 in einem Präparat; die Größe derselben ist vielfach mikroskopisch. Die Gestalt ist stets mehr oder weniger oval oder rundlich. Das blasse Epithel ist seiner Gestalt nach sehr verschieden. Öfters kommt es vor, daß in einer einzigen Zyste alle Übergänge vom abgeplatteten bis zum hochzylindrischen Epithel vorhanden sind. Die Anordnung des Epithels ist eine sehr mannigfaltige. Die Muskelspindeln waren stellenweise auffallend lang und in großer Zahl vorhanden, oft sind sie aber auch nur angedeutet. Das Verhalten des blassen Epithels und das Vorhandensein der für die Schweißdrüsen so charakteristischen Muskelspindelschicht lassen keine andere Deutung zu, als daß es sich bloß um Schweißdrüsenzysten handeln kann. Daß das blasse Epithel eine krebsige Um-

Digitized by Google

wandlung erleiden kann und so die in die Brustdrüse versprengten Schweißdrüsenzysten den Ausgangspunkt von Krebsen bilden können, behauptet Verfasser zum Schluß und beweist es auf Grund der Beobachtung dreier Fälle. G. Heymann-Elbing.

Über Nävokarzinome, von M. J. Darier-Paris. (Ber. d. franz. Ges. f. Krebsforschung, 21. Nov. 1913.) Auf Grund zahlreicher histologischer Feststellungen des Verfassers rechnet er die Nävi und die Nävokarzinome zu Tumoren epithelialer Natur und will sie daher in die Gruppe der Epitheliome der Haut eingereiht wissen. Das Pigment, welches übrigens nur eine nebensächliche Bedeutung hat — daher sind keine Beziehungen zwischen Pigmentreichtum und Entwicklung der Neubildungen vorhanden — und meistens, aber nicht konstant in den Tumoren vorkommt, liegt in den epithelialen Elementen und nur in geringer Menge im Mesoderma. Die Tumoren wachsen meist nach Art alveolärer oder retikulärer Karzinome; aber selbst wenn sie das Aussehen von Sarkomen haben, sind ihre Elemente epithelialer Herkunft und von epithelialer Natur. Zwischen dem „ruhenden Nävus", dem „wachsenden Nävus" und dem „Nävokarzinom" bestehen fließende Übergänge. Über die Grundursache sowohl des Wachstums als auch der Umwandlung in maligne Tumoren ist man noch nicht unterrichtet. Die Art der Entwicklung und Verbreitung der Nävokarzinome ist für diese spezifisch und weicht in bestimmten Punkten von den Sarkomen und Karzinomen ab. Ihre Malignität zeigt sich einmal durch das Auftreten sekundärer, pigmentierter Neubildungen, zweitens durch die Entwicklung nichtpigmentierter Tumoren und drittens durch das Erscheinen nichtneoplastischer Pigmentationen. Diese sekundäre Melanose kann als lokalisierte, metastatische und generalisierte Erkrankung auftreten und in ihrer Struktur sehr stark von dem primären Tumor abweichen. Die Therapie der Wahl ist die Elektrolyse und u. a. auch die Exzision. Wichtig ist vor allem einzugreifen, ehe eine Aussaat stattgefunden.

O. Gans-Hamburg.

Ein Fall von Schornsteinfegerkrebs und ein Erklärungsversuch zur Pathologie der Karzinosis, von D. A. Crow-Aylesbury. (Brit. m. J., 21. Februar 1914.) Ein 57jähriger Schornsteinfeger kam wegen einer seit fünf Jahren bestandenen Geschwulst am Skrotum, welche klinisch und nach der erfolgreichen Operation auf Grund der mikroskopischen Untersuchung als Karzinom diagnostiziert wurde, ins Krankenhaus. An der Hand hatte eine ähnliche Geschwulst bestanden und war fünf Jahre zuvor operativ entfernt worden. Die Körperhaut zeigte im allgemeinen die Veränderungen, welche als charakteristisch für Ruß- und Paraffineinwirkung von Paget beschrieben sind. Der Vater des Patienten und drei Geschwister sind auch krebskrank gewesen. Verfasser meint, daß zur Entstehung von krebsiger Entartung der Zellen eine Behinderung in der Sauerstoffzufuhr Grundbedingung sei; dies werde durch den Ruß sowie andererseits durch fibröse Veränderung der bedeckenden oberflächlichen Zellen herbeigeführt. Bei Schornsteinfegern ist der Krebs, wie er an einigen Beispielen darlegt, nicht auf das Skrotum als einzigen Locus minoris resistentiae beschränkt, sondern es scheint, daß diese Berufsart im allgemeinen stark zum Hautkrebs prädisponiert.

A. Philippi-Salzschlirf.

Arsenikkrebs, von W. H. Nutt, I. M. Beattie und R. J. Pye-Smith-Sheffield. (Lanc., 1913, Nr. 4691/92, S. 210 u. 282.) Verfasser berichten über einen Fall von diffuser Karzinosis bei einer 29jährigen verheirateten Frau, welche als junges Mädchen wegen einer psoriatischen Hautaffektion drei Jahre lang ausgiebig Arsenik genommen hatte. Etwa acht Jahre nach dem Aussetzen der Arsenikbehandlung wurden keratotische Erscheinungen bemerkt, und nach weiteren sechs Jahren wurde erst als erste Karzinomläsion eine Ulzeration am Ringfinger konstatiert. Verfasser geben eine eingehende Besprechung und tabellarische Zusammenstellung von 30 von anderen Verfassern betrachteten Fällen

Digitized by Google

und gelangen zu dem Resultate, daß man dem Arsenik wohl nicht eine direkte und unmittelbare ätiologische Bedeutung beim Krebs zuschreiben kann, wohl aber eine prädisponierende und vorbereitende Wirkung. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Kasuistik des Röntgenkarzinoms, von Hugo Bichler-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 26.) Krankenberichte über vier Fälle, bei welchen sich die Karzinome vom Charakter der flachen Hautkrebse auf der Basis von alten Röntgendermatitiden entwickelten. Verfasser rät, bei vorliegendem Karzinom möglichst bald zu exzidieren, bei Verdacht eine Probeexzision vorzunehmen. H. Vörner-Leipzig.

Das Strahlenkarzinom, von Erna Glaesmer-Heidelberg. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Da auch außer den Röntgenstrahlen die radioaktiven Körper Veranlassung zur Bildung eines Karzinoms geben können, so sollte nach der Meinung der Verfasserin der Begriff „Röntgenkarzinom" dem umfassenderen Namen „Strahlenkarzinom" Platz machen. Denn trotz der verhältnismäßig kurzen und im Vergleich zur Röntgenstrahlung beschränkten Anwendung der radioaktiven Substanzen ist der Radiumkrebs bereits mehrfach beobachtet worden. Verfasserin sucht in ihren folgenden Ausführungen nachzuweisen, daß für das Zustandekommen des Strahlenkrebses nicht vorwiegend die weichen Strahlen ätiologisch verantwortlich zu machen sind und daß unter Umständen auch ein artefizielles Karzinom innerer epithelialer Organe bei der Tiefentherapie zu befürchten sei. H. Rausch-Darmstadt.

Untersuchungen zur Wirkung der Röntgenstrahlen auf Karzinomzellen an einem Fall von Hautkarzinomatose, von Hans Ritter und F. Lewandowsky-Hamburg. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 1.) An einem ausgedehnten Falle von Hautkarzinomatose konnten die Verfasser das Verhalten der Karzinomzellen kleinen und großen Röntgendosen gegenüber und die Wirkung harter und extremharter Röntgenstrahlen auf das Karzinomgewebe studieren. Bei dem Falle, an dem sie ihre Untersuchungen anstellten, handelte es sich um eine 24jährige Frau mit einem rosaroten, ganz flachen Exanthem. Die Einzeleffloreszenzen bestanden aus 1—3 markstückgroßen Plaques, durch deren Konfluieren ein serpiginöser Charakter entstand. Die Diagnose schwankte erst zwischen toxischem Erythem, Tuberkulid, Lupus erythematodes und metastatischer Hautkarzinomatose. Der histologische Befund der Probeexzision ergab metastatische Hautkarzinomatose. Die Verfasser stellten nun ihre Versuche in der Art an, daß sie einer kleinen Stelle eine Reizdosis 3 X unfiltrierten harten Röntgenlichtes (Halbwertschicht 1,5 cm) gaben, einer zweiten Stelle eine Volldosis 10 X gleichen Härtegrades, einer dritten Stelle 10 X einer mit 0,5 Aluminium gefilterten Strahlung (Halbwertschicht 1,8 cm), einer vierten Stelle die gleiche Dosis mit 1,0 Aluminium filtriert (Halbwertschicht 2 cm) und einer fünften Stelle endlich dieselbe Dosis mit 2,0 Aluminium gefiltert (Halbwertschicht 2,25 cm). Die Ergebnisse der histologischen Untersuchung waren sehr bemerkenswert. Bei der Dosis 3 X unfiltrierter Strahlen war eine starke Vermehrung der Karzinomelemente aufgetreten, es hatte also diese geringe Röntgendosis einen Reiz auf das Karzinomgewebe ausgeübt. Daraus ist die Lehre zu entnehmen, daß in jedem Falle eine genügend große Dosis angewandt wird, um deletär auf das Karzinom zu wirken. Bei der Bestrahlung mit 10 X ließ sich ein deletärer Einfluß auf das Karzinomgewebe feststellen. Ferner zeigte sich bei allen Bestrahlungen mit Volldosen eine fast gleichmäßige Atrophie der Haut ohne Unterschied, ob harte oder extremharte Strahlen angewandt waren. Anders dagegen verhielten sich die Karzinomzellen. Je härter das Strahlengemisch war, um so intensiver war die Wirkung auf die Karzinomzellen. Die Empfindlichkeitsgrenze der Haut für Röntgenstrahlen wird mit deren größeren Härtung herabgesetzt, während die zunehmende Härtung die spezifische, elektive Einwirkung der Röntgenstrahlen auf pathologisches Gewebe erhöht. H. Rausch-Darmstadt.

Digitized by Google

Scheinbarer Erfolg bei einer Krebsgeschwulst durch Kombination der Atoxyl- und Strahlentherapie, von FERDINAND BLUMENTHAL-Berlin. (Strahlenther., 1913, Bd. 3, H. 2.) Es handelte sich um eine 69jährige Näherin mit apfelgroßem, stark ulzeriertem und verjauchtem Tumor des rechten oberen Augenlides. Die Patientin war im ganzen zwölfmal mit Röntgenstrahlen bestrahlt worden, wodurch eine wesentliche Verschlechterung ihres Zustandes eintrat, die Geschwulst sei weiter in die Peripherie gewachsen. Verfasser behandelte nun in der Weise, daß er die Röntgenbestrahlungen mit intravenösen Arseninjektionen kombinierte. Die Patientin erhielt 22 Atoxylinjektionen und bekam alle drei Wochen eine $^3/_4$ Dosis nach SABOURAUD-NOIRÉ mit einer Röhre von 7—8 Wehnelt, zusammen 11 Bestrahlungen. Die Geschwulst, die mikroskopisch sich als Basalzellenkarzinom erwies, ging unter dieser Behandlung völlig zurück, durch äußere Betastung ließ sich nach Beendigung der Behandlung von einem Tumor nichts mehr nachweisen. Verfasser empfiehlt nach diesem Resultat angelegentlich die Kombination des Atoxyls, resp. der arsenigen Säure mit der Bestrahlungstherapie bei röntgenrefraktären Tumoren. H. Rausch-Darmstadt.

Verschiedenes.

Dr. WILHELM HALLE in Hannover macht uns mit Recht darauf aufmerksam, daß der jetzigen Knappheit an Weizenmehl auch von seiten der Ärzte begegnet werden könnte, wenn statt **Amylum tritici** möglichst Talcum oder Terra silicea UNNA, insbesondere als Zusatz zur Zinkpaste verordnet würde. Dazu sei noch bemerkt, daß, wie schon KAPOSI gelehrt und der gefertigte wiederholt betont hat, eine reichlich Talk enthaltende Zinkpaste überdies therapeutisch viel wirksamer ist als die ursprüngliche LASSARsche Verschreibung. Rille.

Das k. u. k. österr. Kriegsministerium hat verfügt, daß bloß die mit akutem und subakutem **Tripper** behafteten Mannschaften an die Spitäler abgegeben werden dürfen, nicht aber jene mit chronischen Erkrankungen, bei welchen die Gefahr akutentzündlicher Komplikationen nicht besteht; letztere haben an der Front zu verbleiben.

Der 3. Kongreß des **Nordischen Dermatologischen Vereins** wird 1916 in Kristiania unter dem Vorsitze von Prof. CAESAR BOECK stattfinden. Zu Vorstandsmitgliedern wurden gewählt PONTOPPIDAN-Kopenhagen, KARVONEN-Helsingfors, GRÖN-Kristiania und SEDERHOLM-Stockholm.

Prof. MICHAIL PETRINI DI GALATZ fungiert zurzeit als Dekan der medizinischen Fakultät in Bukarest.

K. k. Obersan.-Rat Prof. WLADIMIR v. LUKASIEWICZ leitet auch während der gegenwärtigen russischen Invasion die dermatologische Abteilung seiner Klinik in Lemberg.

Landsturm-Reg.-Arzt Dr. MAX SCHRAMEK, Assistent der dermatologischen Klinik (Prof. RIEHL) in Wien, hat das Goldene Verdienstkreuz mit der Krone am Bande der Tapferkeitsmedaille erhalten.

Dr. HEINRICH SPRINZELS, Assistent der dermatologischen Abteilung an der Wiener Allgemeinen Poliklinik, ist im k. u. k. Reservespitale zu Ujerbász in Ausübung seines Berufes an Flecktyphus gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. TARNZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

10. April 1915 | Nr. 15 | Band 60

Patriotischer Appell an die Herren Kollegen.

Sehr geehrter Herr Kollege!

Es ist Ihnen bekannt, daß unser geliebtes deutsches Volk zurzeit an Weizenmehl sehr großen Mangel leidet. Wir Ärzte und besonders wir Dermatologen können nun, wenn auch nur in bescheidenem Maße, das Minus an Weizenmehl etwas verringern, wenn jeder Arzt in seiner Praxis bei Streupulvern und den bekannten Schüttelmixturen oder Wischwässern (aus Zinc. oxyd., Amyl. trit., Glyzerin und Aqua bestehend) Talcum anstatt Amylum tritici verordnet und die allgemein bekannte und mit Recht beliebte Zinkpaste und die aus derselben bereiteten zusammengesetzten Pasten[1]) nicht nach der offizinellen Lassarschen Vorschrift (Zinc. oxyd. 25, Amyl. trit. 25, Vasel. flav. amer. 50) verschreibt, sondern nach der etwas modifizierten Unnaschen[2]) Vorschrift: Zinci oxydati 25, Terra silic. 10, Vaselin. flav. american. ad 100 oder, falls die Konsistenz etwas weicher, als sog. Pasta Zinci mollis gewünscht wird, Zinci oxydati 25, Terra silic. 5, Vaselin. flav. amer. ad 100. Daß durch eine solche, wenn möglichst allgemein durchgeführte Verschreibungsweise eine recht beträchtliche Menge Amylum tritici erspart werden kann, geht daraus hervor, daß, laut persönlicher Umfrage bei den Apothekern der Stadt Hannover der jährliche Verbrauch an Amylum tritici (nur für Zinkpaste und Streupulver) pro Apotheke im Durchschnitt 40 kg (30—60 kg, in der Krankenhaus-Apotheke wegen der vielen Hautkranken sogar 250 kg) beträgt. Dies bedeutet für die 30 Apotheken Hannovers einen Jahresverbrauch von 1200 kg, wozu noch der ziemlich beträchtliche Verbrauch in den Lazaretten[3]) und in den Drogengeschäften kommt, welche Weizenmehl als Zusatz zu fast allen Streupulvern und Toilettepudern brauchen. Nimmt man den Jahresverbrauch in den Apotheken und Lazaretten Hannovers (1350 kg = 2700 Pfund) als Norm an, so würde das für die ganze Bevölkerung Deutschlands (350000 × 200 = 70 Millionen) einem Jahreskonsum von 2700 × 200 = 540000 Pfund, also über $^1/_2$ Million Pfund Weizenstärke entsprechen.

Im patriotischen Interesse spreche ich deshalb die Bitte an die Herren Kollegen aus, daß jeder an seinem Teile dazu beitragen möge, durch Ersetzung von Amylum tritici durch Talcum resp. Terra silic. in obigem Sinne den Verbrauch der Weizenstärke bei der Rezeptur auf ein Minimum zu reduzieren.

---

[1]) Mit Zusatz von Ichthyol, Tumenol-Ammonium, Teer, Salizylsäure, also auch die offizinelle Pasta salicylica, welche ja eine Lassarsche Zinkpaste mit Zusatz von 2% Salizylsäure ist. — [2]) Die Beibehaltung der Unnaschen Originalvorschrift: Zinci oxyd. 25, Terr. silic. 5, Adipis benzoati ad 100 empfehle ich nicht, weil 1 kg Adeps benzoatus 4 Mark kostet, d. h. doppelt so viel als der jetzige hohe Preis für 1 kg Vaselin. flav. americ., und weil Schweineschmalz jetzt ein wertvolles Nahrungsmittel ist. Sollte Vaselin im Laufe des Krieges noch teurer werden, so würde ich vorschlagen, es durch die gleiche Menge des offizinellen Unguentum molle (Lanolin + Vaselin. flav. americ. āā) zu ersetzen, welches eine gleich gute Konsistenz gibt. — [3]) Der Verbrauch von Amylum in den Lazaretten Hannovers betrug vom 1. VII. bis 31. XII. 1914 75 kg = 150 kg im Jahr.

Digitized by Google

Da viele Apotheker die Zinkpaste nicht selbst herstellen, sondern fertig (nach der offizinellen Lassarschen Vorschrift) von pharmazeutischen Fabriken, z. B. Beiersdorf & Co. beziehen, so trage ich mich mit der Absicht, beim Ministerium des Innern den Antrag zu stellen, daß eine Verfügung an die Ärzte, Apotheker und pharmazeutischen Fabriken erlassen werde des Inhaltes, daß während der Zeitdauer des Krieges zu Streupulvern möglichst Talcum verordnet und in der Zinkpaste die 25% Amylum tritici durch 10% Terr. silic. ersetzt werden mögen. Es würde mir lieb sein, wenn eine größere Anzahl der Herren Kollegen mir ihre Meinung und eventuell auch sicheres, weiteres Material hierüber mitteilen würden, um die Statistik des Amylumverbrauches in den deutschen Apotheken auf eine breitere Basis zu stellen.

Mit kollegialem Gruß

Dr. Halle-Hannover.

Aus dem dermatologischen Stadtkrankenhause II Hannover (dirig. Arzt: Dr. Stümpke).

Ein Fall von Syringozystadenom.

Von

Gustav Stümpke.

(Mit 1 Abbildung.)

In folgendem sei mir gestattet, eine kurze Mitteilung über jenes Krankheitsbild zu machen, das wohl in seinem klinischen Bilde und seinem histopathologischen Verhalten gut bekannt ist, über dessen Deutung, resp. Entstehungsursache indes die Ansichten noch weit auseinander gehen: das Syringozystadenom (Török) oder Syringozystom (Neumann).

Bekanntlich existieren für diese Affektion noch eine Reihe andere Bezeichnungen, die mehr oder weniger der ätiologischen Auffassung der betreffenden Autoren Rechnung tragen: Haemangoendothelioma tuberosum multiplex (Jarisch), Endothelioma tuberosum colloides (Kromayer), Naevus tuberosus multiplex (Möller), Naevi cystepitheliomatosi disseminati (Gassmann).

Es scheint indes, als ob die beiden erstgenannten Bezeichnungen (Syringozystadenom, Syringozystom) sich bis zu einem gewissen Grade durchsetzen wollen, was im Interesse einer einfachen Nomenklatur und einer größeren Einheitlichkeit, die ja gerade in der Dermatologie so vielfach vermißt wird, sehr zu begrüßen wäre.

Über diese Dinge später noch einige Worte. Zunächst unser Fall:

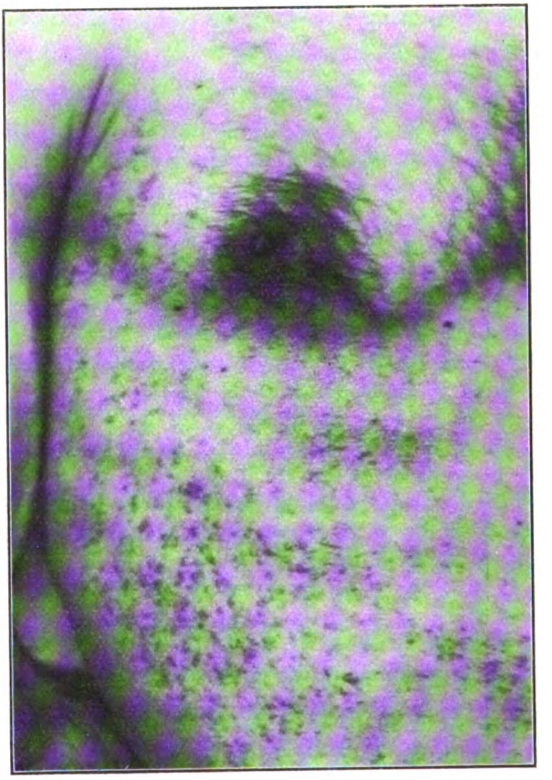
Z. Felix, 36jähriger Expedient, Hannover. Aufgenommen am 26. Januar 1913. Entlassen am 3. Februar 1913.

Anamnese: Seit drei Jahren etwa leidet Patient an einem Ausschlag der Brust und des Bauches, den Patient zunächst in den seitlichen Partien bemerkt, und der ganz allmählich die jetzige Ausdehnung erreicht hat. Es ist dem Kranken aufgefallen, daß der Ausschlag seit längerer Zeit — er gibt etwa ein halbes Jahr an — keine weiteren

Digitized by Google

Fortschritte mehr gemacht hat. Beschwerden hat ihm die Affektion nie bereitet. Auch sonst will Patient nie ernstlich krank gewesen sein, bis auf eine Lungenentzündung, die er im Oktober, November 1911 durchgemacht haben will. Familienanamnese ist ohne Belang; speziell sind keine Hautleiden irgendwie vorgekommen.

Status praesens: Mittelgroßer, etwas schmächtiger Mann in normalem Ernährungszustand. An den inneren Organen lassen sich Veränderungen nicht nachweisen, der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker. An beiden Seiten des Thorax sowie des Abdomens, die Mittellinie völlig freilassend, imponiert ein aus durchschnittlich erbsengroßen, deutlich erhabenen, meistens ziemlich kreisrunden, bräunlichen Effloreszenzen bestehendes Exanthem. Gesicht, Hals und Extremitäten sind vollkommen frei. Die Effloreszenzen sind nur mit der Haut verschieblich, liegen also offenbar im Korium; ihre Oberfläche ist ziemlich glatt, die darüberziehende Epidermis erscheint an manchen Stellen etwas gespannt. Die Haut der Umgebung ist völlig intakt. Die Anordnung der einzelnen Effloreszenzen ist sehr dicht. Sie stehen ziemlich regellos, eine bestimmte Gruppierung läßt sich nicht erkennen; und zwar stehen sie am meisten gedrängt in den Abdominalpartien.



Mikroskopischer Befund: In der Mehrzahl der Präparate findet man zahlreiche, mit einer kolloiden Masse gefüllte Zysten in den allerverschiedensten Größenverhältnissen, von meist runder, aber auch ovalerForm. In einer Minderzahl von Präparaten fällt auf, daß so gut wie gar keine Zysten vorhanden sind, sondern nur kompakte Zellenmassen, in denen sehr häufig die zentraler gelegenen Zellteile weniger gut gefärbt sind, zum Teil überhaupt nicht mehr. An manchen Stellen kann man direkt sehen, daß sich an die mangelhaft gefärbten Zellpartien die oben erwähnten kolloiden Massen anschließen, so daß man den Eindruck hat, daß diese kompakten Zellnester eine Vorstufe jener oben beschriebenen Zysten darstellen. Weiter zeigt sich, daß häufig die beschriebenen Zysten sich in einen soliden Zellstrang fortsetzen, an mehreren Stellen kann man direkt eine Verbindung mehrerer aneinanderliegender Zysten durch solide Zellstränge feststellen. Was die Lage der soeben beschriebenen Gebilde anlangt, so liegen sie teils direkt subepidermoidal, teils im mittleren Teil der Kutis, nicht tiefer. Die Form der

Digitized by Google

Zellen ist in den kompakten Nestern mehr polygonal, in den Zysten mehr abgeplattet. In den Zysten sieht man zum Teil nicht einfach gleichförmigen Detritus, sondern Übergänge, wahrscheinlich zu jenen beschriebenen Zellnestern, insofern deutlich im Detritus Zellformen, Kerne zu erkennen sind. In manchen Präparaten sieht man, daß der Inhalt der Zysten etwas von der Wand zurückgezogen ist.

Die Kutis, in der die Zysten und Zellstränge gelegen sind, ist ziemlich zellreich, worauf schon KROMAYER[1]) hinweist, und zwar häufig deutlich in der Umgebung der Geschwülstchen. Meistens haben diese Zellen die Spindelform der Bindegewebszellen verloren und weisen große bläschenförmige Kerne auf. Es ist auffallend, wie scharf die gesunden Teile der Kutis oft gegen die von den erwähnten Veränderungen eingenommenen, abgegrenzt sind. Ferner hatte ich den Eindruck, daß manche Stellen, die klinisch als absolut einwandfrei im Sinne eines Syringozystadenoma imponierten, doch mikroskopisch verhältnismäßig wenig darboten. An einem Zystenpräparat zeigten die Wandzellen ausgesprochenen Vakuolencharakter. An manchen Zysten erscheint das Bindegewebe um die Zellnester herum ziemlich konzentrisch geschichtet, obwohl man wohl von einer eigentlichen Membrana limitans nicht reden kann. Endlich wäre ein ziemlich starker Pigmentgehalt mancher Präparate im Stratum malpighi zu erwähnen; diese Pigmentierung gestaltet sich aber ziemlich unregelmäßig und ist keineswegs auf die Teile beschränkt, unter denen die histopathologischen Veränderungen der Syringozystadenoma zu erkennen sind.

Was die Blutgefäße anlangt, so habe ich die Veränderung, die JARISCH[2]), WOLTERS[3]) und ELSCHNIG[4]) beschrieben haben, und die in hochgradigen Veränderungen der Blutgefäße, speziell der Kapillaren bestehen sollen, im allgemeinen nicht finden können.

In einem Fall sah ich einen Bluterguß in die Kutis, ziemlich dicht unter der Epidermis, und um denselben herum eine dichte entzündliche Infiltration. In einem zweiten Falle zog eine im Sinne von WOLTERS[3]) veränderte, in ihren Wandelementen verdickte und erweiterte Kapillare zu einem großen Entzündungsherd, der zwischen zwei Zellnestern des Syringozystadenoma eingebettet war.

Pathogenese: Was die Deutung der Affektion anlangt, so haben bekanntlich JAQUET und DARIER[5]) das Syringozystadenom mit den Schweißdrüsen zusammengebracht, obwohl ihnen der histologische Nachweis nicht möglich war. Auch BLASCHKO[6]) hat sich diesen Argumenten

[1]) KROMAYER, Zwei Fälle von Endothelioma tuberosum colloides usw. Virchows Archiv, Bd. 139. — [2]) JARISCH, Zur Lehre von den Hautgeschwülsten. Archiv 1894, Bd. 29. — [3]) WOLTERS, Haemangioendothelioma und Haemangiosarcoma cutis tub. multiplex. Archiv 1900, Bd. 53; Epithelioma adenoides cysticum. Archiv 1901, Bd. 66; Naevi syringoadenomatosi. Archiv 1904, Bd. 70. — [4]) ELSCHNIG, Haemangioendothelioma tuberosum multiplex. W. m. Presse 1896. — [5]) JAQUET und DARIER, Hydradénomes éruptifs Annales 1887. — [6]) BLASCHKO, Syringo-Cystadenoma. Demonstriert in der Berliner dermatologischen Vereinigung. Sitzung v. 5. Juli 1898, Ref.: Monatshefte 1898, Bd. 27, S. 175.

Digitized by Google

angeschlossen; er schloß aus seinen Präparaten, daß „sich von den Schweißdrüsenausführungsgängen ein solider Strang abzweigt, der sich eventuell ramifiziert und in eine Zyste übergeht".

Auch Neumann[1]) ist der Ansicht, daß die Zysten und Zellstränge zu den Schweißdrüsen, resp. deren Ausführungsgängen in irgendwelcher Beziehung stehen.

Endlich konnte auch Winkler[2]) in fünf Fällen neuerdings einen Zusammenhang mit den Schweißdrüsenausführungsgängen feststellen.

Dieser Auffassung des Syringozystadenoms als einer Affektion der Schweißdrüsen gegenüber vertritt Wolters (s. S. 364, Fußnote [3]) sehr energisch seine Ansicht, daß es sich um ein Hämangoendothelioma handele. Wolters konnte in einem Falle den Ausgang der Tumoren von der Adventitia nachweisen.

In diesem Sinne sprechen sich auch Jarisch (s. S. 364, Fußnote [2]) aus, der die Zellennester und Zysten auf Wucherungen der Gefäßendothelien zurückführt, und Kromayer (s. S. 364, Fußnote [1]) der die Bindegewebszellen der Kutis als Ursprung annimmt.

Wolters (s. S. 364, Fußnote [3]) stellt für Auffassung des Syringozystadenoms als Schweißdrüsenaffektion drei Bedingungen: 1. die Elemente des Syringozystadenoms müssen den Typ der Schweißdrüsen aufweisen, 2. sie müssen an Stellen auftreten, wo normalerweise Schweißdrüsen gefunden werden, 3. das Syringozystadenom muß kongenital auftreten.

Wenn ich mich auch bezüglich des letzten Punktes Wolters nicht anschließen möchte, so kann ich doch auch meinerseits feststellen, daß ich in meinen Präparaten einen Zusammenhang mit Schweißdrüsen nicht nachweisen konnte.

Auf der anderen Seite scheint mir nach einem Befunde, den ich in meinen Präparaten machen konnte, die von Gassmann[3]) geäußerte Ansicht, daß es sich bei dem Syringozystadenom um ein gutartiges Epithelioma handele, weil er Beziehung zwischen Tumoren und Deckepithel fand, viel Wahrscheinlichkeit für sich zu haben. Auch ich konnte deutlich in einem Präparate sehen, daß eine Zyste innerhalb des Epithels gelegen war, so daß man sehr wohl annehmen darf, daß derartige Epidermiszapfen, resp. Nester auch in die tieferen Teile der Kutis eindringen und hier zystisch degenerieren können.

Ich würde demnach für die Gassmannsche Auffassung sehr wohl

[1]) Neumann, Das Syringozystom. Archiv 1902, Bd. 62. — [2]) Winkler, Beiträge zur Kenntnis der benignen Tumoren der Haut. Archiv 1903, Bd. 67. — [3]) Gassmann, Fünf Fälle von Naevi cystepitheliomatosi disseminati. Archiv 1901, Bd. 58 und 1902, Bd. 63.

Digitized by Google

eintreten können. Auch Török[1]) neigt jetzt offenbar zu dieser Auffassung. Er glaubt, daß in dem Syringozystadenom ein in zystische Entartung übergehendes gutartiges Epitheliom vorliege. Das Adenom oder Zystadenom will er vor allem deswegen fallen lassen, weil bei den Zellsträngen und Nestern kein Lumen, auch keine bindegewebige Membrana limitans nachweisbar sei.

Was die Beurteilung unseres Falles anbelangt, so erscheint einmal die Tatsache interessant, daß die Affektion erst im vierten Jahrzehnt beobachtet wurde: Im allgemeinen wurde das Auftreten des Syringozystadenoms früher festgestellt. Ferner ist noch der Umstand bemerkenswert, daß das Syringozystadenoma nach den Angaben des Kranken seit geraumer Zeit keine weiteren Fortschritte gemacht hat, daß man also wohl annehmen kann, es sei stationär geworden: Es stimmt dieses Stationärwerden der Tumoren mit den bisherigen Erfahrungen der Autoren überein. Klinisch bietet der Fall keine Besonderheiten, sondern entspricht dem Bilde, das man allgemein von dem Syringozystadenoma hat. Mikroskopisch darf vor allem die Tatsache hervorgehoben werden, daß eine gewisse Bestätigung der Gassmannschen Ansicht erbracht wurde, daß das Syringozystadenom vielleicht vom Deckepithel ausgeht, und es sich demnach um ein gutartiges Epitheliom handeln könne.

Sophus Engelsted †.

Wohl wegen der Kriegswirren ist die Kunde von Engelsteds Hinscheiden erst auf dem Umwege über Amerika zu uns gelangt und „wie aus der Ferne längst vergangener Zeiten" mutet sie uns an. Namentlich die jüngere Generation, welche ihre Literaturstudien und Zitate selten über die 80er Jahre zurück auszudehnen pflegt, dürfte den am 25. Oktober 1914 im Patriarchenalter von 91 Jahren dahingegangenen Nestor der Syphilidologie längst, längst tot geglaubt haben! Begreiflicherweise hat Engelsted in den letzten Jahrzehnten literarisch nichts mehr geleistet und ist selbst auf dem denkwürdigen Kopenhagener Kongresse von 1884 einem Haslund und Rudolf Bergh gegenüber nicht mehr viel hervorgetreten. Auf der Höhe seines Lebens war er übrigens mehr ein Mann der Organisation als der Feder und besonders hygienischen und praktisch-epidemiologischen Fragen im weitesten Sinne des Wortes zugewandt.

Karl Sophus Marius Neergaard Engelsted wurde in Kopenhagen am 8. März 1823 geboren, studierte an der Hochschule seiner Vaterstadt, machte dortselbst das Staatsexamen 1847 und wurde 1854 zum Doktor promoviert. Dann wurde er Reservemedikus am Almindelig-Hospital, fungierte während der mörderischen Epidemie des

[1]) Török, Das Syringozystadenoma. Monatshefte 1889, Bd. 8; Das Syringom. Mračeк, Handbuch der Hautkrankheiten, 1901.

Digitized by Google

Jahres 1853 als Choleraarzt mit einer einzig dastehenden Umsicht und Energie am genannten Krankenhause und in der damit verbundenen Armenanstalt. Sein weiteres nachhaltiges Interesse galt dem Studium und der Bekämpfung der Tuberkulose, worüber er bereits 1853 „Om Phthisis“ und 1854 „Om Tuberculosens Helbredelighed“ als Dissertation veröffentlicht hatte. Namentlich erkannte er als einer der ersten die engen Beziehungen der Skrofulose und Tuberkulose, drang auf den Frühbeginn der Behandlung schon im Kindesalter, und seiner Tatkraft ist die dann erfolgte Errichtung eines Küstenspitales für skrofulöse Kinder in Refsnäs (Seeland) zu verdanken. Später hat er seit 1869 als Mitglied des Königlichen Gesundheitskollegiums Gelegenheit gehabt, an allen hygienischen Fortschritten seines Vaterlandes in der vordersten Reihe mitzuwirken wie an der Reform der Seuchengesetze und der Krankenpflege in den Hospitälern, für das Rote Kreuz und nicht zuletzt an der in Dänemark so hoch entwickelten Prostitutionsgesetzgebung und Aktion gegen die Geschlechtskrankheiten, worüber er 1876 am Kongresse in Philadelphia und selbst noch 1896 („Samfundets Beskyttelse mod Prostitution og veneriske Sygdomme“) sich verbreitet hat.

In unserer engeren Fachdisziplin betätigte er sich seit 1856 als erster Assistenzarzt der kurz vorher durch die energischen Bemühungen von Morten Mortensen Hassing errichteten neuen Spezialabteilung für Syphilis und Hautkrankheiten im Almindelig-Hospital. Als sein literarisch wenig hervortretender, aber um die Förderung der syphilidologischen Studien in Dänemark hochverdienter Chef, welcher auch Begründer der „Hospitals Tidende“ war, wegen eines unheilbaren Leidens zurücktreten mußte, wurde Engelsted 1862 sein Nachfolger. Seine hauptsächliche klinische und Lehrtätigkeit vollzog sich aber nach der ein Jahr darauf erfolgten Übersiedlung seiner Abteilung nach dem neuen Kommune-Hospital. Die dort von ihm herausgegebenen Jahresberichte (Kommune Hospitalets fjerde Afdeling 1866—1879) sind eine Fundgrube für die venereologische Statistik und blieben es auch unter seinen Nachfolgern. Er hatte ferner 1872 die Universitätsdozentur erlangt und hat in dieser Eigenschaft viele Studenten- und Ärztegenerationen seines Vaterlandes in unsere Fachdisziplin eingeführt — ja, er kann mit vollem Rechte als der Begründer der wissenschaftlichen Dermatosyphilidologie in Dänemark bezeichnet werden. Insbesondere seine beiden Lehrbücher „Om veneriske Sygdomme“ (1877) und „Om Hudens Sygdomme“ (1879) waren viele Jahre lang im allgemeinen Gebrauche und haben dem ärztlichen Nachwuchse die Lehren der zeitgenössischen Fachwissenschaft in lauterster Weise übermittelt. Sein Rücktritt erfolgte 1882.

Von seinen Spezialarbeiten ist in erster Linie zu erwähnen „Über die syphilitischen Affektionen des Zentralnervensystems“ (Ugeskrift for Laeger 1857), welche auch Friedr. J. Behrend in seine „Syphilidologie“ (Erlangen 1860) aufgenommen hat. In der Lehre von der Gehirnsyphilis hatte lange Zeit fast völlige Stagnation geherrscht, da man auch hier auf die gewaltige Autorität John Hunters hin syphilitische Hirnaffektionen zwar nicht geradezu leugnete, aber im Sinne von Falloppio und Botallo mit Exostosen am Schädel erklärte. Belehrend wirkte da als eine der ersten die Arbeit Engelsteds, in welcher er über 12 Autopsien berichtete und Exostosen ausschließen konnte. Auch wies er darauf hin, daß in Fällen dieser Art sonstige Syphiliserscheinungen nicht vorhanden sein müssen.

Ein Zeichen des unvoreingenommenen und lediglich auf die sichere klinische Beobachtung gestützten Denkens sind Engelsteds Ansichten über die Vererbung der Syphilis. In einer Arbeit von 1876 spricht er sich in überzeugter und überzeugender Weise gegen die paterne Infektion und für die Annahme einer latenten Syphilis bei der Mutter aus. Die gleiche Arbeit verbreitet sich auch des genaueren über die

Digitized by Google

Symptome der hereditären Syphilis und eine weitere („Praktiske Bemaerkninger om syfilitiske Jordemodre" 1887) über syphilitisch-infizierte Hebammen. Erwähnenswert ist ferner ein recht gut begründeter Fall von Reinfectio syphilitica (1868).

Auf dermatologischem Gebiete ist seine wichtigste Leistung die Arbeit über lymphatische Neubildungen der Haut („Om lymfatiske Vydannelser i Huden", Nord. med. Arkiv 1875), weil sie zeitlich eine der allerersten Beobachtungen dieser Art darstellt.

J. H. Rille.

Alfred Fournier †.

Die Nachricht vom Tode unseres großen Meisters erfüllt uns mit der tiefsten Bewegung, einer Bewegung, die sicherlich von allen Lesern dieser Blätter geteilt werden wird.

Wohl war es uns nicht unbekannt, daß der teure Mann leider schon seit langer Zeit infolge eines ernsten Leidens an seine Stube gefesselt sei; immerhin wußten wir ihn aber noch unter uns. Mit A. Fournier geht der unvergleichliche Meister der Syphilidologie, in des Wortes universeller Bedeutung, und der Begründer des dermatosyphilidologischen Unterrichtes in Frankreich dahin. Es ist allgemein bekannt, daß bei seiner Lehrtätigkeit die Syphilis im Vordergrunde stand, so wie er sie auch in seinen zahlreichen Werken auf das eingehendste abgehandelt hat, ohne irgend eine Seite dieses unerschöpflichen Themas zu vernachlässigen. Zu einer Zeit, wo fast alle Dermatologen in allen Ländern die Syphilis und die Hautkrankheiten gleichmäßig lehrten, hat er, indem er die dermatologische Seite hintansetzte und sich ganz der Syphiligraphie hingab, mehr als irgend ein anderer Kliniker alle die vielfältigen aus syphilitischer Infektion entspringenden Krankheitsprozesse, beobachten können.

Im Jahre 1832 zu Paris geboren, studierte er an der dortigen Universität und wurde früh, während seines Internats der Lieblingsschüler des großen Ricord und redigierte als solcher 1858 dessen „Leçons sur le Chancre". Die medizinische Doktorwürde erwarb Fournier 1860 mit seiner These „La contagion syphilitique"; dies beweist, daß er von allem Anfange an dieses Spezialfach ergreifen wollte. Nachdem er auf hervorragende Preisarbeiten hin Professeur agrégé und Médecin des hôpitaux geworden war, wurde er seit 1868 leitender Arzt des Hôpital de Lourcine für syphilitische und venerisch kranke Frauen. Dort habe ich das Glück gehabt, ihn zum erstenmal im Jahre 1870 zu sehen, und seinen meisterhaften Unterricht über die Syphilis hauptsächlich bei Frauen genießen zu können, als ich als Interne im Dienste dieses Krankenhauses stand.

Seit 1868 also hatte er sich endgültig dem Studium der venerischen Krankheiten gewidmet und beschäftigte sich mithin durch über 40 Jahre ausschließlich mit Syphilis. Seine Vorlesungen, die von der scharfsinnigsten Gelehrsamkeit und Beobachtung zeugen, hat er zum größten Teile in Buchform veröffentlicht.

Man spricht häufig von Statistiken, und mit vollem Recht sagt man, sie taugten soviel wie ihr Autor. Was dies betrifft können die Statistiken Fourniers in allen Fragen der Syphiligraphie als Grundlage dienen. Im Hospital wie in der Sprechstunde machte er sich — natürlich in knapper Form — die geeigneten Notizen über jedweden von ihm beobachteten Krankheitsfall.

Digitized by Google

Nach Beendigung der Visite verließ Fournier nicht wie viele andere Chefärzte das Krankenhaus, sondern betrat mit den Assistenten das Dienstzimmer, um die gemachten Beobachtungen erst recht zu vervollständigen; dasselbe tat er, wie erwähnt, bei sich zu Hause. Auch in meinen eigenen Vorlesungen bediene ich mich mit Vorliebe der Fournierschen Statistiken. Als er 1880 auf den für ihn am Hôpital Saint Louis errichteten Lehrstuhl berufen worden war, befolgte er dieselbe Methode. Zu seinen Vorlesungen mußte man sich beeilen, einen Platz zu bekommen, so groß war die Zahl seiner Zuhörer.

Seit den 80er Jahren bekam Fournier oft den Vorwurf zu hören, daß er geneigt sei, überall Syphilis zu sehen; er bewies jedoch immer wieder, daß das syphilitische Virus tatsächlich alle menschlichen Körperteile und Gewebe befallen könne, und wies nachdrücklich darauf hin, daß von allen Organen das Nervensystem ganz besonders davon angegriffen werde. Er sagte: „Le principe de la syphilis constitue un poison, mais surtout un poison du système nerveux" (1889). Ungefähr zu dieser Zeit erschienen seine Arbeiten über die tertiäre Syphilis, über den Tertiarismus praecox, den tertiären Phagedänismus, die tertiärsyphilitische Glossitis, die Syphilis des Nasenrachenraums, der Lunge und des Rektums. Er hatte als Erster schon 1866 den blennorrhoischen Rheumatismus richtig verstanden. Seine erste Arbeit über die Tabes syphilitischer Herkunft datiert vom Jahre 1882; bald darauf veröffentlicht er andere Arbeiten über Tabes hereditär-syphilitischer Natur, dann eine Schrift über die präataktische Periode der Tabes (1885); seine Ideen wurden von der Mehrzahl der Neurologen angenommen, wenn auch einzelne die syphilitische Herkunft der Krankheit leugneten.

Der Standpunkt Fourniers in seinen Schriften und vor der Académie de Médecine in der Frage der Herkunft der allgemeinen Paralyse und der Beziehungen dieser zur Tabes, fand viele Gegner. Aber unsere Tage haben Fournier Genugtuung verschafft: die Auffindung der Spirochaeta pallida durch Noguchi im Gehirne von Paralytikern, wie auch die gleiche Entdeckung bei der Tabes, haben gezeigt, daß Fournier auf Grund der klinischen Beobachtung die Ursache dieser Krankheit richtig erkannt hat.

Durch die gesetzliche Altersgrenze seines Amtes entbunden, hat Fournier niemals aufgehört, für das Wohl der Menschheit zu arbeiten. Er hat 1901 in Paris die Société de Prophylaxie Sanitaire et Morale gegründet, aus der eine reiche Zahl von Arbeiten hervorgegangen ist, die zur Aufklärung und Prophylaxe des Volkes das ihrige tun werden.

Unser lieber Meister ist von dieser Erde geschieden, um in himmlischen Gefilden den verdienten Frieden zu genießen; sein Platz dort müßte einer der schönsten sein, denn sein Leben auf dieser Erde war der fruchtbarsten eines für unsere Wissenschaft wie für die Menschheit. Uns bleibt sein großes Werk, auf daß wir daraus Nutzen ziehen!

M. Petrini de Galatz-Bukarest.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. phil. Wengler-Leipzig.)

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1914, Heft 6.

1. Die neuesten Untersuchungen über die syphilitische Natur alltäglicher Krankheiten, von Giovanni Franceschini. In längerer Auseinandersetzung weist Verfasser darauf hin, daß mit Hilfe der modernen Untersuchungsmethoden, namentlich

Digitized by Google

der Wassermannschen Reaktion, eine große Zahl von häufig vorkommenden Krankheiten als syphilitisch erkannt wurde, während man sie früher für skrofulös oder dergleichen hielt und nicht entfernt an eine syphilitische Ätiologie dachte.

2. Über das akute exsudative Ödem, von Leonardo Martinotti. Verfasser hat 1912 auf dem italienischen Dermatologenkongreß einen hierher gehörigen Fall demonstriert und jetzt Gelegenheit gehabt, einen zweiten Fall zu beobachten, der mit jenem die auffallendste Ähnlichkeit hatte, so daß Verfasser beide für analog und für eine klinisch scharf umschriebene eigene Krankheitsform hält. Die Prodromalerscheinungen sind kurz und geringfügig, beschränken sich auf leichtes Kratzen im Halse. Dann beginnen plötzlich die ersten Erscheinungen: das Gesicht schwillt an, ohne daß die subjektiven Phänomene stärker werden. Die Schwellung nimmt, namentlich um die Augen, zu, am Genitale tritt mäßiges Jucken auf, dem bald das Ödem folgt. Die geschwollene Haut wird dann rötlich, es bilden sich zuerst Knötchen, dann Bläschen und Pusteln von Punktgröße. Alle diese Erscheinungen bilden sich in kürzester Zeit aus, innerhalb eines Tages ist die Krankheit voll entwickelt. Zu dieser Zeit ist das Gesicht geschwollen, ödematös, zur Unkenntlichkeit entstellt, das Skrotum ist ödematös, mit Pustelchen bedeckt. Die Krankheit ist deutlich symmetrisch. Die subjektiven Erscheinungen sind in Diskrepanz mit den kolossalen objektiven und beschränken sich auf etwas Juckgefühl. Die Krankheit verläuft ohne Fieber, ohne Drüsenschwellung, ohne Affektion der inneren Organe; lediglich ein leichter Nasen- und Lidkatarrh war zu konstatieren. Die Affektion bleibt 16—34 Stunden auf ihrem Höhepunkt, dann beginnt die Resolution, die 6—8 Tage dauert. Die Pusteln vertrocknen zu Krusten, die Rötung nimmt ab, das Ödem schwindet und zieht sich mehr gegen die hinteren Gesichtspartien, so daß es den Eindruck einer Parotitis erweckt. Es bleibt bloß leichte Schuppung zurück. Die Therapie beschränkt sich auf Umschläge. In den Pusteln fand Verfasser Bazillen vom Typus Friedländer-Fritsch, eosinophile und Mastzellen. Bemerkenswert ist, daß beide Kranke Soldaten waren und mit Maultieren zu tun hatten.

3. Beziehungen der Psoriasis zu der Dermatitis desquamativa maligna und septischen Agentien, von Antonino Zappalà. Verfasser beschreibt zwei Fälle von Psoriasis, an die sich eine desquamierende Dermatitis anschloß. Er konnte aus Epidermisstückchen den Staphylococcus pyogenes aureus züchten. Die subkutane Übertragung einer Bouillonkultur erzeugte beim Meerschweinchen Nekrose, die intraperitoneale Impfung Auftreibung und Schmerzhaftigkeit des Abdomens. Diese Versuche sprechen erneut für die Anschauung, daß die maligne desquamative Dermatitis im Anschluß an eine Psoriasis das Resultat einer septischen Komplikation ist. Wird diese geheilt, so nimmt die Psoriasis wieder ihren normalen harmlosen Charakter an.

4. Über einen Fall von Hautsporotrichose, von Giorgio Segrè. Bei dem 63jährigen Patienten war auf der dorsalen Seite des Handgelenks ein kleiner indolenter „Furunkel" aufgetreten, der nur wenig Eiter entleerte. Um ihn herum bildeten sich mehrere gleiche Knötchen; die Affektion wurde vergeblich auf verschiedene Weise behandelt. Bei der Aufnahme fand sich dorsal am Handgelenk ein truthenneneigroßer Herd, der im Zentrum atrophisch-narbig war, während an der Peripherie proximal und distal je ein uneben höckeriger Herd war, der an der Basis mehrere Löcher aufwies, aus dem sich auf Druck gelblicher Eiter entleerte. Diese Herde waren mäßig infiltriert, auf der Unterlage verschieblich. Um die ganze Läsion zog sich ein breiter dunkelroter Saum. Aus dem Eiter wurde Sporotrichon Beurmanni gezüchtet. Jodkalium brachte völlige Heilung.

5. Die Trichophytonpilze in der Provinz Sassari, von Vittorio Barbaglia. In dieser Provinz kommt am häufigsten das Trichophyton violaceum mit seinem Be-

Digitized by Google

gleiter dem Tr. glabrum vor; sie zeigen verschiedene Lokalisationen, kommen aber am häufigsten auf der behaarten Kopfhaut vor, wo sie meist erythemato-squamöse Läsionen hervorrufen. Der nächsthäufige Pilz ist das Tr. cerebriforme, das auch meist auf dem Kopfe vorkommt, aber mehr tiefe, entzündliche Prozesse macht. Es folgen dann Tr. acuminatum und Tr. rosaceum; beide bilden erythemato-squamöse Läsionen, das eine auf der Kopfhaut, das andere im Barte. Verfasser hat aus seinen Untersuchungen nicht die Überzeugung gewonnen, daß jeder Trichophytonspezies ein eigenes klinisches Bild entspricht; es können im einzelnen Falle die Charakteristika der Familie oder die der Spezies überwiegen und so das klinische Bild modifizieren.

6. Behandlung des Pruritus vulvae mit Radium, von Carlo Vignolo-Lutati. Bericht über zwei Fälle von hartnäckigem Pruritus vulvae, die jeder Behandlung trotzten und bei denen es durch das Kratzen zu beträchtlichen sekundären Veränderungen gekommen war. Die Kranken wurden in zwei Serien zu 3—4 Sitzungen durch je 2 bis 3 Minuten mit Radium bestrahlt; beide wurden völlig geheilt. Zuerst schwand das Jucken, dann die sekundären Reaktionserscheinungen. Diese Erscheinung spricht für Verfasser dafür, daß der Pruritus vulvae auf einem neuritischen Prozeß beruht, der zuerst zur Abheilung gebracht wird. R. Frühwald-Leipzig.

Actas dermo-sifiliograficas.

Bd. 6, Nr. 2, Dezember 1913 bis Januar 1914.

1. Aurum-Kalium cyanatum in der Dermatologie, von José S. Covisa. Verfasser hat mehrere Fälle von Lupus vulgaris mit Aurum-Kalium cyanatum behandelt. Er gab 2—3 Serien zu 10—12 Injektionen a 0,01—0,04. Es wurde zwar eine beträchtliche Regression und Abnahme der Infiltration erzielt, doch wurde das Leiden nicht geheilt. Diese Methode kann also die bisherigen nicht verdrängen, höchstens ergänzen. Dagegen erhielt Verfasser ausgezeichnete Resultate bei Lupus erythematosus, den er auf dieselbe Weise behandelte. In der Mitte und gegen das Ende der ersten Serie wurde der erhabene Rand des Herdes flacher; dieser selbst blaßte allmählich ab, die Grenzen wurden unscharf, und schließlich ging er in der normalen Umgebung auf. Verfasser hält das Mittel für eines der besten, das wir gegen Lupus erythematosus haben. Bezüglich der Technik ist hervorzuheben, daß Verfasser nicht konzentrierte, sondern diluierte Lösungen einspritzt, da erstere eher Unannehmlichkeiten bereiten.

2. Behandlung des Lupus erythematosus mit Aurum-Kalium cyanatum, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Die Arbeit ist zu kurzem Referate nicht geeignet. Verfasser hat sehr gute Resultate mit dem genannten Mittel gehabt, wendet es aber nicht allein an, sondern, um die Heilung zu beschleunigen, in Kombination mit anderen Methoden.

3. Behandlung des Lupus tuberculosus, Lupus erythematosus und der Syphilis mit Aurum-Kalium cyanatum, von Juan de Azúa. Verfasser wendet konzentrierte Lösungen an, da sie, tadellose Injektionstechnik vorausgesetzt, keinerlei Beschwerden machen. Als Einzeldosis wählt er bei Erwachsenen 0,03—0,05, bei Kindern unter 10 Jahren 0,005—0,03. Werden die Einspritzungen gut vertragen, können sie alle 3—4 Tage wiederholt werden, andernfalls müssen die Intervalle vergrößert oder die Therapie abgebrochen werden. Tritt Blässe, allgemeine Schwäche ein, müssen die Einspritzungen sistiert werden, auch wenn keine alarmierenden Symptome auftreten. Nach der Injektion tritt Fieber, Kopfschmerzen, seltener Erbrechen und Durchfälle ein. Das erstere hielt Verfasser für bedingt durch Zerfall der lupösen Herde; die übrigen Phänomene hält er teils für Zyanwirkung, teils für Bazillentoxinwirkung. Aurum-Kalium

Digitized by Google

cyanatum ruft häufig eine intensive Lokalreaktion hervor, sowohl an Lupusherden wie an anderen tuberkulösen Herden (Hämoptyse). Bei Lupus vulgaris bewirkte das Mittel Besserung, aber nicht Heilung. Bei Lupus erythematosus zeigte sich teilweise ein glänzender Heilefekt, teilweise wurde nur Besserung, in einzelnen Fällen kein Erfolg erzielt. Es zeigte sich, daß das Mittel in allen Fällen die Infiltration der Herde vermindert; deshalb sind Fälle von papillomatösem Lupus vulgaris und von kongestivem und akutem Lupus erythematosus für diese Medikation geeignet. Namentlich die letzteren bilden das Hauptanwendungsgebiet für Aurum-Kalium cyanatum. Bei Syphilis wurde kein nennenswerter Effekt erzielt. R. Frühwald-Leipzig.

Revue clinique d'Urologie.

Mai 1914.

1. Die Formen der chronischen Nierentuberkulose, von Noel Hallé. Eine eingehende Besprechung der Nierentuberkulose, die zu kurzem Referate nicht geeignet ist. Die wichtigsten Punkte wären kurz folgende: Man kann zwei Formen der Nierentuberkulose unterscheiden: die eine befällt zuerst das Parenchym und ist geschlossen; sie entsteht auf hämatogenem Wege, es bilden sich zunächst kleine Tuberkel, dann Knötchen, Knoten und Kavernen. Die andere Form befällt zunächst das Nierenbecken und ist offen; sie entsteht auf lymphogenem Wege. Diese beiden Formen können sich in verschiedenster Weise miteinander kombinieren oder sich folgen, so daß mannigfache anatomische Bilder entstehen. Die sekundären tuberkulösen Symptome entstehen auf dem Wege der perivaskulären Lymphgefäße. Diesen beiden anatomischen Formen entsprechen auch differente klinische Bilder. Die erste Form, die parenchymatöse Tuberkulose, ist eine mehr abortive Form; die Symptome von Seite der Niere und des Urins sind so geringfügig, daß sie die Diagnose eher erschweren. Deshalb bleibt sie meist latent und unerkannt. Die Tuberkulose des Nierenbeckens dagegen, sei sie primär oder sekundär, ist offen und an ihren Symptomen von Anfang an leicht zu erkennen. Die erste Form kann spontan heilen, die zweite ist gar nicht oder nur wenig der Therapie zugänglich.

2. Syphilitischer Schanker der Harnröhre und Blennorrhagie, von J. Brault und J. Montpellier. Der 25jährige Patient kam mit einem gonokokkenhaltigen Harnröhrenausfluß zur Behandlung. Einige Tage später erschienen in der Kranzfurche und auf der Penishaut venerische Geschwüre mit Ducreyschen Bazillen. Die Leistendrüsen waren geschwollen, es bestand Periadenitis. Etwa acht Wochen nach der Aufnahme wurden in einem aus der Harnröhre ausgedrückten Tropfen blutigen Eiters zahlreiche Spirochäten nach der Methode von Tribondeau nachgewiesen. Einleitung der Quecksilberbehandlung. Eine Woche später erschien am Meatus eine leichte Ulzeration; nur zu dieser Zeit wies das Ende der Harnröhre ein wenig Induration auf. Der Kranke entzog sich der weiteren Beobachtung.

3. Die Rolle der Reservekraft der Niere nach der Nephrektomie, von N. A. Mikhaïlow. Eine eingehende Funktionsprüfung der Niere, die zurückbleiben soll, kann uns schon vor der Nephrektomie wichtige Aufschlüsse über deren Funktionstüchtigkeit und Reservekraft geben. Wir können daher schon, bevor wir die Operation vorschlagen, ungefähr wissen, wie die Niere den gesteigerten Anforderungen nachkommen wird. und werden auf diese Weise riskierte Operationen vermeiden.

4. Wichtigkeit von Pankreaserkrankungen in der Chirurgie der Harnwege, von Ernst Frank-Berlin. Verfasser berichtet über einen Fall von tödlich verlaufener

Digitized by Google

Prostatektomie, bei dem die Sektion hochgradige Veränderungen des Pankreas ergab. Man fand einen faustgroßen Tumor; auf der Schnittfläche war die Zeichnung verwischt von zahlreichen hämorrhagischen, nekrotischen und fettigen degenerierten Herden durchsetzt. Ein anderer Patient zeigte nach der Prostatektomie einen akuten, schweren Diabetes. Verfasser kann sich über einen eventuellen Zusammenhang zwischen Prostata- und Pankreasaffektion auf Grund dieser Fälle noch nicht äußern.

5. Einige Fälle blennorrhagischer Komplikationen, erfolgreich mit Meningokokkenserum behandelt, von M. Cealic. Von den vier mit Meningokokkenserum behandelten Patienten litt einer an metastatischer Konjunktivitis, Arthritis und Myositis, der zweite an Ischias, der dritte an Arthritis, der vierte an Epididymitis mit schweren Allgemeinerscheinungen. Alle wurden durch wenige Injektionen geheilt.

6. Blasen-Prostata-Perinealfistel mit doppeltem Ureterenkatheterismus zwecks Urinderivation behandelt, von P. Cifuentes. Der 15jährige Patient war im Alter von fünf Jahren wegen eines Steines auf perinealem Wege operiert worden; seit dieser Zeit war eine Fistel verblieben. Verfasser exzidierte die Narbe, vernähte und legte eine Dauersonde ein. Nach deren Entfernung kam der Urin aber wieder aus der Fistel. Verfasser schob die Schuld an diesem Mißerfolge auf die mangelhafte Urinderivation. Deshalb führte er bei der neuerlichen Operation auf beiden Seiten einen dicken Ureterenkatheter ein, die neun Tage liegen blieben. Auf diese Weise wurde die Fistel zum völligen Verschluß gebracht.

7. Sexuelle Störungen psychischer Natur, von A. Wizel. [Bespricht die neurasthenische Impotenz. R. Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Behandlung kosmetischer Hautleiden (Schönheitsfehler), von S. Jessner-Königsberg i. Pr. Dritte Auflage. Mit 11 Abbildungen im Text. (Würzburg 1914, Curt Kabitzsch.) Die Jessnerschen Dermatologischen Vorträge sind hinreichend bekannt und bedürfen kaum noch einer Besprechung. Das vorliegende Heft ist, wie es ja auch beabsichtigt ist, in erster Linie für den Praktiker berechnet, dem es eine leichte und schnelle Orientierung gestattet. Es ist kaum erforderlich, zu erwähnen, daß die neue Auflage die Fortschritte der letzten Jahre berücksichtigt. H. Fendt-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Einige Resultate von Röntgenbehandlung, mit einigen Bemerkungen über Radium und Röntgen, von S. Nordentoft-Aarhus. (Ugeskrift f. Laeger, 1914, Nr. 36.) Auf seinen Erfahrungen fußend, meint Verfasser sich berechtigt zu behaupten: 1. daß die Röntgenbehandlung sozusagen auf allen Feldern der Radiumbehandlung jedenfalls ebenbürtig ist, nach seiner Meinung auch überlegen; 2. daß die Röntgenbehandlung des Hautkrebses auch bei operablen Fällen der operativen Behandlung ebenbürtig, ja überlegen ist und er meint, daß die Röntgenbehandlung die Normalmethode sein müsse und die operative verdrängen werde, sowohl weil sie nichts vom gesunden Gewebe opfert, sondern alles schont (auch das Stroma des Krebses), als auch weil er glaubt, sie gäbe

Digitized by Google

weniger Rezidive, und weil sie als unblutig — aus psychologischen Gründen — bewirkt, daß der Kranke früher in Behandlung kommt. W. Holland-Kristiania.

Radium- und Röntgenbehandlung beim Krebs, von Isaac Levin-New York. (M. Record, 13. Dez. 1913.) Die kurze Zusammenfassung, die keinem übertriebenen Enthusiasmus huldigt und Radium- wie Röntgenstrahlen als wertvolle Heilmittel der Krebsbehandlung betrachtet, ohne sie als Allheilmittel hinzustellen, bringt nichts Neues.
W. Lehmann-Stettin.

Radium und Krebs, von Riehl-Wien. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 1.) Eingangs skizzierte Verfasser kurz die Wiener Einrichtung für Radiumtherapie. Die Radiumstation ist nicht als klinisches Institut gedacht, sondern bildet eine Zentrale für das Krankenhaus, von der aus die Abteilungen mit Emanation, Radium zur Bestrahlung usw. versorgt werden. Die Behandlung der Krankenhauspatienten geschieht ausschließlich durch die Vorstände der Kliniken, so daß den Kranken die spezialistische Behandlung gesichert bleibt. Aber auch den praktischen Ärzten ist die Möglichkeit gegeben, die Radiumtherapie ihren Patienten zugänglich zu machen, sie können Emanation und Träger zur Bestrahlung aus der Station entleihen. Für jeden Radiumträger liegen präzise Angaben vor über das Radiumsalz, den Gehalt an Radiumelement im ganzen Träger und pro Quadratzentimenter Strahlungsfläche. Hinsichtlich der Filter wird dem Platin und Aluminium gegenüber dem ursprünglich üblichen Blei der Vorzug gegeben. Bei Verwendung großer Strahlendosen mahnt Verfasser zur Vorsicht, weil bei Tieren Leukopenie bis völliger Schwund der weißen Blutkörperchen konstatiert wurde. Mit relativ geringen Mengen von Radium wurden 114 Fälle von Hautkarzinomen bestrahlt. Mit großen Dosen bisher 91 Karzinome, davon sind 17 zurzeit geheilt; in 3 Fällen wurde der größere Teil des Tumors exkochleiert und der Rest dann nachbestrahlt. 2 Karzinome wurden nur teilweise beeinflußt, 36 stehen noch derzeit in Behandlung; 2 starben. In 7 Fällen wurde eine Bestrahlung nach operativer Abtragung vorgenommen, in 14 Fällen wurden Rezidive nach der Operation wahrgenommen, bei 9 Fällen wurde die weitere Behandlung seitens der Patienten abgelehnt. In den am Schluß der Arbeit aufgestellten Leitsätzen fordert Verfasser eine einheitliche physikalische Charakterisierung der Radiumpräparate. Ferner ist zu beachten, daß das Radium vor allem lokal wirkt, eine indirekte Einwirkung auf entfernte Metastasen, karzinomatöse Lymphdrüsen usw. ist nicht nachweisbar. Bei sehr langandauernder Bestrahlung und starker Filterung tritt Nekrose ein, die Blutgefäße bleiben längere Zeit noch intakt, außerdem ist auf die Möglichkeit einer Schädigung des Allgemeinbefindens Rücksicht zu nehmen. Ungenügende Bestrahlungen, sei es bei Anwendung zu geringer Mengen von Radium oder sei es bei zu kurzer Einwirkung, können zu vermehrtem Wachstum des Krebses Anlaß geben.
H. Rausch-Darmstadt.

Karzinom und Radium, von G. Riehl. (W. kl. W., 1913, Nr. 41.) Bisher sind an dem k. k. Institut für Radiumforschung 114 Fälle von Hautkarzinom mit Radium behandelt worden. Drei Fälle, die mit außerordentlich großen Bestrahlungsdosen behandelt wurden, werden kurz mitgeteilt: „Das Radium wirkt vor allem lokal; selbst bei langdauernder Bestrahlung treten die Veränderungen, die zur Rückbildung des Karzinoms führen, nur im Bereiche der Bestrahlung auf. Auch große Hautkarzinome können durch langandauernde und intensive Bestrahlung günstig beeinflußt werden. Eine rein selektive Einwirkung auf das karzinomatöse Gewebe liegt nur bei mäßiger Strahlendosis vor, bei langandauernder starker Bestrahlung leidet auch das gesunde Gewebe. Für oberflächlich liegende Karzinome, wo es nur auf die Zerstörung ankommt, hat eine starke Filterung, wie sie die Gynäkologen benutzen, nur beschränkten Wert, weil dann die Radiummenge und die Anwendungszeit bedeutend vergrößert werden müssen. Eine in-

Digitized by Google

direkte Wirkung der Radiumstrahlen auf vom Orte der Bestrahlung entfernte Metastasen, Lymphdrüsen usw. war nicht nachweisbar. Für die Tiefenbestrahlung im eigentlichen Sinne und für Behandlung mancher anderer Hautkrankheiten, also dort, wo normale Haut und andere Gewebe einer großen Schonung bedürfen, empfiehlt sich starke, vor allem aber doppelte Filterung mit Metallfiltern und Watte, Papiereinlagen usw., um die weichen Primärstrahlen und auch die sekundär vom Metallfilter ausgehende Strahlung zu eliminieren. Es empfiehlt sich, Platin- und Aluminiumfilter anzuwenden, weil diese gegenüber den gebräuchlichen Bleifiltern, welche weiche Strahlen aussenden, ungefährlicher sind. Bei sehr langandauernder Bestrahlung und starker Filterung tritt Nekrose ein, die Blutgefäße bleiben längere Zeit noch intakt. Bei langdauernder Verwendung großer Radiummengen ist auf die Möglichkeit einer Schädigung des allgemeinen Befindens Rücksicht zu nehmen. Ungenügende Bestrahlungen einerseits bei Anwendung zu kleiner Mengen Radium, andererseits bei kurzdauernder Einwirkung können zu vermehrtem Wachstum des Krebses Anlaß geben." W. Lehmann-Stettin.

Radium bei der Behandlung des Krebses, von William H. Dieffenbach-New York. (M. Record, 13. Dez. 1913.) Verfasser arbeitet bereits seit elf Jahren mit verschiedenen Radiumpräparaten und berichtet praktische Erfahrungen, die er mit einzelnen mitgeteilten Beobachtungen belegt. Seine Indikationen und vor allem seine Dosierung, über die er ausführlicher spricht, sind auf die in seinem Besitze befindlichen, näher beschriebenen Präparate zugeschnitten. W. Lehmann-Stettin.

Vorstellung Kranker mit durch Radium geheilten Tumoren, von C. Pellizzari. (Riviste di Opere, 1913.) Vier Fälle, Epitheliom der inneren Lippe, Sarkom, Lymphosarkom und Mykosis fungoides, stellte P. in der Florentiner medizinisch-physikalischen Akademie vor, die alle durch Radiumbehandlung in wenigen Sitzungen geheilt wurden, während die früher angewandte Röntgenbestrahlung keinen Erfolg ergeben hatte.

E. Rossen-Wiesbaden.

Die Anwendung von Radium bei Karzinom und Sarkom, von Robert Abbé-New York. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 1.) Verfasser resümiert seine Erfahrungen mit der Radiumbehandlung wie folgt: Eine richtig gewählte Dosis der Gammabestrahlung bewirkt Degeneration und Resorption der Zellen bösartiger Geschwülste. Es muß eine genügend große Dosis verwandt werden, um den Reizeffekt zu kleiner Dosen zu vermeiden. Vermittels Filterung werden die Alpha- und Betastrahlen ausgeschaltet und man erhält die reinen Gammastrahlen mit ihrem tiefpenetrierenden Effekt. Zur Erzielung guter Resultate ist ein gut durchgeführtes Kreuzfeuer nötig. Die Radiumwirkung ist in dem Sinne eine elektive, als normales Gewebe widerstandsfähiger ist gegenüber den Strahlen, als die Gewebe bösartiger Tumoren. H. Rausch-Darmstadt.

Bericht über den weiteren Krankheitsverlauf der mit Radium behandelten Fälle maligner Tumoren, von Sparmann. (W. kl. W., 1913, Nr. 50.) Die weiteren Beobachtungen der mit Radium behandelten Fälle an der chirurgischen Klinik in Wien, haben das ursprüngliche optimistische Urteil sehr eingeschränkt. Eine Reihe Patienten sind ad exitum gekommen, zahlreiche andere mit Rezidiven wiedergekehrt. Es hat sich gezeigt, daß die Radiumstrahlen schrankenlos die Grenzen des kranken Gewebes überschreiten, daß der Einfluß auf den Allgemeinzustand des Patienten oft ein unheilvoller ist, daß gar häufig nach anfangs günstiger Beeinflussung des Krankheitsprozesses eine weitere Besserung vermißt wird. W. Lehmann-Stettin.

Über die Erfahrungen mit Rademanit bei Karzinom, von Hugo Schueller. (W. kl. W., 1913, Nr. 41.) Daß der überwiegend größte Teil sämtlicher Strahlenwirkung des Radiums von der Emanation und ihren Zerfallsprodukten herrührt, läßt sich dadurch beweisen, daß Fälle die weder mit Radium, noch mit Mesothorium, sondern lediglich

Digitized by Google

mit einer hochwertig akkumulierten Emanation behandelt wurden, zur Heilung kamen. Das Konzentrieren der Emanation in einem kleinen Raume mit relativ geringen Verlusten läßt sich durchführen, wenn man Kohlenpulver bestimmter Zusammensetzung nimmt. Es gelingt in 10 g dieses Pulvers eine Aktivität anzusammeln, welche der von 150 g Radiumelement oder 260 g Radiumbromid entspricht, d. h. 1 g „Rademanit", wie dieses Präparat genannt worden ist, kommt 26 mg Radiumbromid gleich. Verfasser berichtet einige gute Erfolge bei Hautkarzinom und bei tiefer liegenden Karzinomen. Da das Rademanit entsprechend der Lebensdauer der Radiumemanation seine Aktivität rasch verliert und schon nach ca. vier Tagen nur etwa die Hälfte der ursprünglichen Aktivität noch besitzt, muß es frisch verwendet werden. Immerhin stellt Rademanit einen wesentlichen technischen Fortschritt dar, der hoffen läßt, daß an Stelle der teuren Radium- und Mesothoriumsalze billigere Materialien zu Behandlungszwecken künftighin zur Verfügung stehen werden. W. Lehmann-Stettin.

Die Grenzen der Radiumtherapie für den tiefliegenden Krebs nach dem heutigen Stande der Wissenschaft, von A. Bayet-Brüssel. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Die Ausführungen des Verfassers gipfeln in folgenden Leitsätzen: 1. Der Radiotherapie sind Grenzen gesetzt durch den Widerstand, welchen gewisse Tumorarten der Bestrahlung entgegensetzen, der wechselt je nach ihrem histologischen Bau, ihrem biologischen Typus, ihrer Lokalisation und der Dauer ihres Bestandes. 2. Der Radiotherapie sind Grenzen gezogen, weil sie bei tiefsitzenden Tumoren nicht wirksam genug ist. 3. Die Radiotherapie ist begrenzt, weil es unmöglich ist, die Bestrahlungsdosen unbegrenzt zu erhöhen. 4. Der Radiotherapie sind Grenzen gesetzt im Hinblick auf die übrigen Behandlungsmethoden des tiefliegenden Krebses. Verfasser ist der Ansicht, daß man alle diejenigen Fälle, bei denen ein gründlicher operativer Eingriff möglich ist, zuerst der Chirurgie überläßt, um dann die Operationswunde präventiv zu bestrahlen, um so möglichst Rezidive zu verhindern. H. Rausch-Darmstadt.

Heilung des Hautkrebses mit Salizylsäure, von Weinbrenner-Koblenz. (M. m. W., 1914, Nr. 3.) Vor etwa fünf Jahren ist Verfasser auf den Gedanken gekommen, Hautkrebse durch Aufstreuen von kristallisierter (oder auch pulverisierter) Salizylsäure zu behandeln, und neun in dieser Weise behandelte Fälle sind sämtlich mit glatter Narbenbildung geheilt worden und geblieben. Die Behandlung ist nicht ganz schmerzfrei, doch sah sich W. nur bei zwei Kranken veranlaßt, dem Salizylpulver Anästhesie (1 : 2) zuzusetzen. Den größten Umfang unter den Krebsgeschwüren hatte eine am Bauch lokalisierte Neubildung mit einer Ausdehnung von 11,5 × 9 cm. Dieser Fall brauchte acht Monate zur Heilung; sonst betrug die Durchschnittsdauer $2^1/_2$—3 Monate. Man streut die Salizylsäure ziemlich dick auf, drückt sie etwas an und bedeckt das Ganze mit einem Streifen Zinkpflastermull oder auch mit 20%igen Salizylsäurepflastermull. An der tiefstgelegenen Stelle wird noch zur Dränage ein kleiner Bausch Mull zwischen Haut und Pflaster eingelegt. Nach zwei Tagen, resp. im Stadium der Heilung nach drei Tagen, wird der Verband gewechselt, wobei der entstandene grauweiße Schorf vorsichtig abgelöst wird. Nach Abtupfen mit Borsäurelösung wird dann wieder frische Salizylsäure aufgestreut. Die Behandlung wurde in der Regel in dieser Weise bis zur vollständigen Verheilung und Narbenbildung fortgesetzt. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Wirkungen des kolloidalen Kupfers, mit einer Analyse der therapeutischen Kriterien beim menschlichen Karzinom, von Richard Weil-New York. (J. Am. m. Assoc., 27. September 1913.) Das kolloidale Kupfer nach Leo Loeb wurde in Form von intravenösen Injektionen in zwölf Fällen von malignen Neubildungen angewandt; bei acht wurde die Behandlung vollständig durchgeführt. Meist wurden milde konstitutionelle Nebenwirkungen beobachtet, wie Fieber, Schüttelfrost, Übelbefinden, ge-

Digitized by Google

ringer Gewichtsverlust und gelegentlich auch Albuminurie oder Hämoglobinurie. Die chemische Analyse von zwei Tumoren ergab kein Kupfer, während dies bei einem zur Autopsie gekommenen Fall in der Leber nachgewiesen werden konnte. Eine destruktive Einwirkung auf das Tumorgewebe war in keinem Falle nachweisbar.

H. Fendt-Wiesbaden.

Experimentelle Beiträge zur Cholinwirkung, von Hans Ritter und Allmann-Hamburg. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 1.) Die Verfasser stellten ihre Experimente an drei Frauen mit inoperablen Karzinomen an. Zwei Frauen bestrahlten sie mit unfiltrierten harten Röntgenstrahlen (Halbwertschicht 1,5 cm) und eine mit durch 1 mm Aluminium gehärteten Strahlen (Halbwertschicht 2,0 cm) und zwar in der Weise, daß die eine Seite des Abdomens bestrahlt und die Reaktion abgewartet wurde, alsdann nach fünf Wochen Enzytol (borsaures Cholin) einverleibt wurde. Hierauf wurde nun an korrespondierenden Stellen der anderen Seite des Abdomens mit denselben Röntgendosen und genau derselben Strahlenqualität bestrahlt. Dosis 10—18 X. Das Enzytol erhielten die Kranken intravenös in Mengen von 5, 8 und 10 ccm. Bei der Infusion dieses Mittels trat bei allen Frauen, außer einer, die gar nichts merkte, Flimmern vor den Augen auf, Drang und Hitze im Kopf. Zweimal ereignete sich ein richtiger Kollaps. Im Blutbilde zeigte sich Ansteigen der Leukozytenwerte mit relativ rascher Tendenz zum Sinken. Die Resultate der Untersuchungen waren folgende: was das Primärerythem anlangt, so hat sich ein Unterschied zwischen den vor und nach Einspritzung von Enzytol bestrahlten Stellen nicht nachweisen lassen. Hinsichtlich der Pigmentation stellte sich heraus, daß das Röntgenpigment vor der Enzytolinjektion abblaßte, aber nach der Injektion wieder bedeutend stärker wurde, woraus sich der Beweis ableiten läßt, daß das Enzytol die Röntgenwirkung unterstützt. Am auffallendsten sind die Resultate hinsichtlich des Erythems selber. Bei der mit 1 mm Aluminium gefilterten Strahlung trat bei 14 X die Spur eines Erythems auf, die Erythemdosis für diese Strahlenqualität liegt an der Bauchhaut bei ca. 25 X, das ist nahezu die doppelte Dosis. Es scheint also, als ob die Erythemgrenze nach Enzytolinjektionen nahezu um die Hälfte herabgesetzt würde. Hinsichtlich der Zeit bis zum Eintritt der Reaktion zeigte sich bei 16 und 18 X unfiltrierter Röntgenstrahlen, daß durch die Injektion von Enzytol die Dauer bis zum Eintritt des Erythems fast genau auf die Hälfte herabgesetzt wird. Aus den beigegebenen Tabellen ist ersichtlich, daß da wo ohne Enzytol eben die Spur eines Erythems bemerkbar ist, nach der Enzytolbehandlung bereits eine Verbrennung zweiten Grades mit Nekrosenbildung eintrat. Die markanten histologischen Befunde werden an zwei Abbildungen illustriert. Aus den Versuchen ist der Schluß zu ziehen, daß das Cholin, wie auch Werner bereits gezeigt hat, in der Tat die Röntgenstrahlung imitieren kann. Wahrscheinlich ist sogar mit der Enzytolbehandlung ein gleichmäßigerer Effekt auf den Tumor zu erreichen als durch die Strahlenbehandlung, da die tiefliegenden Schichten wohl damit besser beeinflußbar sind als mit den Strahlen. Allerdings verringert sich bei der kombinierten Therapie die Strahlenwirkung auf den Tumor deshalb auf die Hälfte, weil wir mit Rücksicht auf die Haut nur die halbe Dosis geben können. Bei allen direkt angreifbaren Tumoren, bei denen die Haut als Eingangspforte für die Strahlen nicht in Betracht kommt, vermag das Enzytol zweifellos die Strahlentherapie in hervorragender Weise zu unterstützen.

H. Rausch-Darmstadt.

b. Benigne.

Das Auftreten von krebsigen Prozessen an benignen Hautgewächsen, von R. L. Sutton-Kansas City. (Am. J. m. Sc., Juni 1913.) Verfasser berichtet über zwei bemerkenswerte Fälle bei einer 51jährigen Frau und ihrer 23jährigen verheirateten

Digitized by Google

Tochter. Bei der ersteren traten im 15. Lebensjahr zahlreiche kleine Knötchen hervor, welche im Laufe der Jahre sich vermehrten, bis ihrer mehr als 70 gezählt wurden, in Hirsekorn- bis Wallnußgröße. Die Biopsie sicherte die Diagnose Brookesches Akanthoma adenoides cysticum. Ein am Auge seit Jahresfrist bestehender kleiner Tumor ist dagegen zu einem typischen Ulcus rodens ausgeartet. Bei der Tochter sind seit etwa acht Jahren kleine Knötchen, die meistens nicht größer als ein Weizenkorn sind, in großer Anzahl (52) am Gesicht hervorgetreten. Es wurden vier davon exzidiert und bei der histologischen Untersuchung als typische Fälle von Ulcus rodens erkannt. Die übrigen Tumoren wurden darauf mit Kohlensäureschnee beseitigt. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Meiostagminreaktion. Mit einem Beitrag zur Frage der Verwertbarkeit der Reaktion in der Dermatologie, von L. Arzt und St Zarzycki-Wien. (W. kl. W., 5. März 1914, Nr. 10.) Bei den Untersuchungen, die Verfasser angestellt haben, haben sie besonderes Gewicht gelegt auf den Ausfall der Reaktion bei den klinisch relativ gutartigen Hautgeschwülsten, um daraus ev. Schlüsse über die Sicherheit der Reaktion bei initialen Frühfällen maligner epithelialer Tumoren zu gewinnen. In einer großen Reihe von Fällen wurde die serologische Untersuchung durch den histologischen Befund kontrolliert. Die Resultate, über die die Verfasser Tabellen geben, sind nicht vollkommen eindeutig, doch besteht nach ihrer Meinung ein gewisser Parallelismus zwischen Malignität und Ergebnis der serologischen Untersuchung. Weiterhin wurde die Einwirkung therapeutischer Maßnahmen auf die Verhältnisse im Serum des Erkrankten untersucht, besonders nach Bestrahlung mit Radium; dabei hat sich einige Male ein Umschlag der Reaktion nachweisen lassen. Als brauchbares künstliches Antigen haben die Verfasser Azeton-Lezithinextrakt benutzt. W. Lehmann-Stettin.

Über einen besonderen Befund von Zelleneinschlüssen bei spitzen Kondylomen, von P. Fiori-Modena. (Pathologica, 1914. Nr. 125.) Untersuchungen in zahlreichen Fällen. Verfasser hält die Zenkersche für die beste Fixierflüssigkeit und erhielt die besten Resultate bei der Färbung nach Mann. In den zur Hautoberfläche senkrechten Schnitten fand er folgendes: 1. Die Basalzellenschicht, die bekanntlich nur in geringem Maße oder überhaupt nicht an dem Prozeß beteiligt ist, weist im allgemeinen keine besonderen Modifizierungen auf; in einigen Zonen jedoch, besonders bei den weniger tiefgelegenen Elementen, beobachtet man, daß der ganze Zelleib vergrößert ist und daß die Nebenkerne dazu neigen, sich intensiver rot zu färben. 2. Die Stachelzellenschicht weist neben den bekannten Veränderungen (Vermehrung des Volumens des Zellkörpers und des Kernes, Vakuolisierung des Protoplasmas) besondere Alterationen auf, die Verfasser, von der Basalschicht zur Peripherie vorschreitend, folgendermaßen beschreibt: a) Der Nukleolus (oder die Nukleole) ist vergrößert und intensiv rot gefärbt, zuweilen mit hellem Zentrum. Der ebenfalls vergrößerte Kern zeigt mehr oder minder normale Struktur; das Protoplasma ist etwas homogener als gewöhnlich. b) Im Kern treten ganz kleine körnige, rundliche, rot gefärbte Massen auf; die rot gefärbten Nebenkerne neigen dazu, sich exzentrisch zu verschieben; das Kernretikulum ist etwas undeutlich und kann zerstückelt sein. c) Eine nebenkerngroße oder auch größere endonukleäre Masse ist im Begriff, den Kern zu verlassen. d) Im vakuolisierten Protoplasma sind rote Massen von verschiedener Größe sichtbar; ihre Größe übertrifft jedoch stets diejenige des Nukleolus. Zu gleicher Zeit treten rote, fast staubartige Granulationen auf; der Kern ist sehr undeutlich. e) Man kann zu gleicher Zeit rote Massen im Plasma und einen gut erhaltenen Kern mit rotem oder blaurotem Nebenkern antreffen. f) In den peripherstenen, d. h. mit der Hornschicht benachbarten Zellen ist das mehr oder minder vollständig vakuolisierte Protoplasma mit verschieden kleinen, rot gefärbten Körnchen durchsetzt, die bald zu kurzen Ketten, bald zu kleinen Häufchen angeordnet sind. Die azidophilen Einschlüsse

Digitized by Google

befinden sich also dort, wo die Form und die Struktur der Zellen die bedeutendsten Veränderungen erfahren haben. Die Frage nach ihrer Bedeutung läßt Verfasser unberührt. K. Rühl-Turin.

Über einen besonderen Befund von Zelleinschlüssen bei dem Condyloma acuminatum, von Paolo Fiori-Modena. (Zbl. f. Bakt., 1914, Bd. 74, H. 7.) Der Verfasser fand im Innern der erkrankten Zellen eingeschlossene, leicht färbbare Körper, deren Charakteristik er angibt: das eine oder doppelte Kernkörperchen erscheint vergrößert, zuweilen in sehr bedeutender Weise; es ist stark rot gefärbt und mit einem hellen Zentrum versehen. Der ebenfalls vergrößerte Kern zeigt ungefähr die gewöhnliche Struktur. Das Zellplasma ist etwas gleichartiger. Im Innern des Kerns erblickt man zuerst nur rot gefärbte Massen; das Kernnetz wird weniger sichtbar und erscheint zuweilen zerbröckelt. In dem vakuolisierten Zellplasma treten rot gefärbte und ziemlich große Massen und rote, zuweilen feinste Körperchen hervor. Der Kern ist kaum sichtbar. In den oberflächlichen Stachelzellen erscheint das mehr oder minder vakuolisierte Zellplasma erfüllt von rosenfarbigen oder dunkelroten Körnern, die bald wie eine kurze Kette, bald wie kleine Anhäufungen aussehen. Die Einschlüsse bestehen demnach aus mehr oder minder großen intra- oder extranukleären Massen. Sie sind in den Stachelzellen sehr vorherrschend. Zuweilen können sie sich in den interspinosen Räumen vorfinden, und dann handelt es sich immer um feine Körner.

W. Chrzelitzer-Posen.

Gundu in Neuguinea, von Wick. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1913, H. 12.) Gundu ist eine seltene Erkrankung, die sich durch eine ganz langsam fortschreitende, symmetrische, fast knorpelharte Schwellung zu beiden Seiten des Nasenrückens und der unteren Stirnpartie äußert. Sie beginnt im frühesten Kindesalter, Zeiten des Stillstandes wechseln mit Zeiten des Wachstums. Über die Ursache ist nichts bekannt. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um einen hypertrophierenden periostalen Prozeß. Eine wirksame Behandlungsmethode ist nicht bekannt. H. Boehme-Leipzig.

Zur Kenntnis der Elefantiasis in Samoa, von A. Leber-Göttingen und S. von Prowazek-Hamburg. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1914, Nr. 11.) Die bei den Südseeinsulanern sehr verbreitete Elefantiasis kommt vor als akuter kurzer Fieberanfall, Mumufieber, und als dauernde Schwellungen der Drüsen, der Haut oder innerer Organe. Ihre Ursache ist eine Mikrofilarie, die sich lange im Blute hält, da noch jahrelang nach Entfernung aus Filariengegenden Krankheitsnachschübe auftreten. Die Schwellungen bestehen aus einer traubigen, fettreichen, von einer Kapsel umgebenen Masse, in der entzündliche Portionen mit verkalkten Filarienresten und gut erhaltenen Filarien eingelagert sind. Die Erkrankung befällt, mit ganz geringen Ausnahmen, nur Erwachsene.

H. Boehme-Leipzig.

Ein Fall von Makrocheilie, von Sluys-Brüssel. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Beschreibung eines Falles von Lymphangiomatose der Oberlippe. Der Tumor war hart, von gleichmäßiger Konsistenz, verursachte keinerlei Schmerzen. Durch Behandlung mit hochgefilterten Radiumstrahlen verschwand der Tumor innerhalb zehn Tagen, die Lippe erlangte ihre vollkommen normale Beschaffenheit wieder, die Haut war gänzlich intakt geblieben. An einer beigefügten Abbildung wird der Fall vor und nach der Bestrahlung illustriert. H. Rausch-Darmstadt.

Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Akromegalie, von A. Gunsett-Straßburg. (Strahlenther., Bd. 5, H. 1.) Als Ursache der Akromegalie wird zurzeit eine Tumorbildung der Hypophyse angenommen. Als erste haben Gramegna und Béclère versucht, den Hypophysentumor mit X-Strahlen zu beeinflussen und zwar mit bemerkenswertem Resultat. Verfasser hat die von Béclère in fünf Fällen geübte Technik der

Digitized by Google

vier Bestrahlungsfelder bei 1 mm Aluminiumfilter dahin modifiziert, daß er sich das Kugelsegment des Schädels in elf Felder einteilte, wobei als Hauptbestrahlungsfeld die Schläfengegend und Stirn beibehalten wurde. Statt 1 mm nahm er 4 mm Aluminiumfilter. Jede Stelle erhielt pro Bestrahlung 10 X Oberflächendosis unter dem Filter gemessen. Hierdurch gelang es Verfasser, bei Vermeidung jeglicher Reaktion, ja selbst ohne temporären Haarausfall, das Gesichtsfeld bei dem Patienten wieder vollständig normal zu erhalten. Ein deutlicher Einfluß auf die übrigen akromegalischen Erscheinungen konnte bei der Kürze der Zeit von drei Monaten allerdings noch nicht konstatiert werden. H. Rausch-Darmstadt.

Zur Kasuistik der multiplen symmetrischen Lipomatose, von Simon-Plauen. (B. kl. W., 1914, Nr. 9.) Verfasser beschreibt einen von ihm beboachteten Fall. Bei einem 63jährigen Arbeiter zeigten sich 39 Geschwülste, von denen 18 paarweise und symmetrisch angeordnet, 3 unpaare waren; außerdem waren die linksseitigen Tumoren stärker ausgebildet als die rechtsseitigen. G. Heymann-Elbing.

Beitrag zu den Knorpelzysten der Ohrmuschel, von Junkel. (D. Zschr. f. Chir., 1914, Bd. 127, H. 3—4.) J. bespricht die verschiedenen Anschauungen, die über die Entstehung der relativ selten vorkommenden Ohrzysten herrschen. Auf Grund eines in der Chir. Klinik der Kgl. Charité beobachteten Falles kommt J. zu der Ansicht von Gudden, der das Trauma allein als Ursache ansieht. Es kommt zu einer Knorpelsprengung. Ob sich darnach ein Transsudat bzw. Zyste oder ob sich ein Bluterguß bzw. Othämatom entwickelt, hängt von der Schwere des Traumas ab.

E. Brinitzer-Altona.

Über multiple Leiomyome der Haut, von Abramson. (Russki Wratsch, 1913, Nr. 46/47.) Zu den nach den Forschungen des Verfassers in der Literatur vorliegenden 31 Fällen von Leiomyombildung der Haut fügt Verfasser eine eigene Beobachtung. Es handelte sich um einen 35jährigen Bauer, welcher den Beginn seines Leidens auf das 18. Lebensjahr zurückführte. Die Leiomyome saßen in reicher Anzahl auf der rechten oberen Extremität und vereinzelt über der rechten Skapula und über dem rechten Schlüsselbein. Sie verursachten dem Mann heftige Schmerzen. Unter Exstirpation der größten, wobei auch histologisch die Diagnose gesichert wurde, trat eine bedeutende Erleichterung ein. A. Jordan-Moskau.

Zur Histogenese der Nabeladenome nebst einem kasuistischen Beitrag, von H. Waegeler. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 14, H. 3.) Bis jetzt sind im ganzen nur sehr wenig Fälle von echten Nabeladenomen beschrieben worden. Ein solcher Tumor ist vom Verfasser untersucht worden. Es handelt sich um eine kleinapfelgroße Geschwulst, die von einer 48 Jahre alten Frau stammt. Er war sehr langsam gewachsen und während der Menstruation stets schmerzhaft und etwas geschwollen. Ein Durchschnitt durch Haut und Tumor zeigt, daß das äußerst derb sich anfühlende Tumorgewebe fest mit der Haut verbunden ist, nicht durch subkutanes Fettgewebe von ihr getrennt. Die Schnittfläche hat eine sehnige, weißglänzende Beschaffenheit. Hier und da kann man in dem Netzwerk der sich kreuzenden gröberen Bindegewebsbündel kleinste, bis stecknadelkopfgroße zystische Hohlräume wahrnehmen. Mikroskopisch handelt es sich um eine Geschwulst von derbem bindegewebigem Stroma, mit eingestreuten, größtenteils zystisch erweiterten Drüsenschläuchen — Fibroadenoma cysticum. Der Tumor ist mit denen von Mintz, Koslowski, Ehrlich und Zitronblatt beobachteten in eine Reihe zu stellen, wenigstens soweit der histologische Aufbau in Betracht kommt: derbfibröses, zuweilen mit Muskelelementen untermischtes Grundgewebe, zwischen das Drüsenschläuche und zystische Hohlräume von mannigfacher Gestalt und Größe eingestreut sind; sie sind oft begleitet von kernreichem, jungem Bindegewebe. Das Epihel ist ein einschichtiges,

Digitized by Google

zylindrisches, in den Zysten infolge des Sekretionsdruckes mehr abgeplattet. Den Inhalt bildet Schleim und Zelldetritus, als Reste der früheren Blutungen zerfallene Blutkörperchen und Pigmentanhäufung. Ausführlich erörtert Verfasser sodann die Frage nach der Entstehung dieser Geschwülste. Er kommt zu folgendem Schluß: Das mikroskopische Bild der Nabeladenome bietet keine genügende Stütze für die Annahme, daß der Dottergang oder der Urachus oder auch das Serosaepithel als Mutterboden der Geschwulstbildung zu gelten habe. Vielmehr legt der Charakter des Epithels, welches Verfasser bei seinem Tumor fand, den Gedanken nahe, daß der Geschwulstkeim mit dem Genitalsystem in engster Beziehung gestanden haben mußte. Mit Rücksicht auf die Lokalisation kann man schließen, daß er der Urnierenanlage angehört. Es handelt sich bei dem beschriebenen Tumor um eine Überschußbildung, genau so wie bei den Adenofibromen und Adenomyomen der Leistengegend und des runden Mutterbandes. G. Heymann-Elbing.

Eine neue Methode der Narbenbehandlung mit multiplen Inzisionen und Thiosinamin, von A. H. Tubby-London. (Brit. m. J., 1. Nov. 1913.) Zur Beseitigung von Narbenkontraktionen, z. B. am Finger, hat T. schon bei mehreren Fällen folgende Methode sehr bewährt gefunden: in rechtem Winkel zur Längsachse der Narbe werden in einer Entfernung von etwa höchstens $^1/_4$ cm multiple Inzisionen angelegt, welche nicht nur ins subkutane Fettgewebe, sondern auch $^1/_2$—1 cm weit in die gesunde Haut vordringen. Nach der durch Kompression zu bewirkenden Blutstillung wird Fibrolysin in die Inzisionen kräftig eingerieben, eventuell auch subkutan eingespritzt. Der betreffende Teil wird in leichter Dehnung einbandagiert, und nach 10—14 Tagen, sobald die Inzisionen geheilt sind, wird die Prozedur wiederholt. Nur ganz ausnahmsweise war eine weitere Wiederholung nötig. A. Philippi-Salzschlirf.

Voluminöse Narbenkeloide. Besserung durch Skarifikationen und Radiotherapie, von Gallois und Japiot. (Lyon méd., 1914, Nr. 30.) Ein Patient hatte schwere Brandwunden der Arme und des Thorax erlitten; die Narben entwickelten sich zu enormen Keloiden bis zu 2 cm Höhe. Ein Teil wurde wiederholt skarifiziert, der andere mit Röntgenstrahlen behandelt. Die Keloide sind durch beide Methoden bedeutend gebessert worden. R. Frühwald-Leipzig.

Über Neurofibromatose, von Wilhelm Lier-Wien. (Zschr. f. kl. M., 1914, Bd. 80, H. 3/4.) Verfasser schildert genau den Fall eines jugendlichen Patienten mit universeller Neurofibromatose, bei dem gleichzeitig alle charakteristischen Merkmale der Dystrophia adiposo-genitalis vorhanden sind, nämlich bedeutendes Zurückbleiben des Skelettwachstumes, Hypertrophie des subkutanen Fettgewebes, Hypoplasie der Genitalien bei mangelnder Scham- und Achselbehaarung. Da dieser Habitus heute allgemein als Ausdruck einer Störung der inneren Sekretion unter vorwiegender Mitbeteiligung der Hypophyse aufgefaßt wird, und da hier gleichzeitig beiderseitige Sehnervenatrophie vorhanden ist, und das Röntgenbild deutlich eine Depression am Tuberculum sellae turcicae in unmittelbarer Hypophysennähe erkennen läßt, so ist an einen Tumor in der Nachbarschaft der Hypophyse zu denken. Interessant ist die geringe Größe der Schilddrüse. Erwähnenswert ist auch das Ergebnis der Blutuntersuchung, das eine Vermehrung der mononukleären Leukozyten zeigte, sowie besonders der Umstand, daß unter der Thyreoideamedikation eine Abnahme derselben erfolgte, so daß das Blutbild wieder fast normal wurde. Das Gewebe der Fibrome ist ein eigenartiges neurogenes Gewebe. Als Bildner der Geschwülste sind die Nervenfaserzellen selbst oder entsprechende embryonale Zellen anzusehen, die möglicherweise nicht zum normalen Aufbau des Nervengewebes verwendet werden. Der ganze Prozeß beruht auf einer kongenitalen Systemerkrankung, die zurückzuführen ist auf eine embryonale Entwicklungsstörung der spezifischen Elemente des Nervensystems. W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Beitrag zum Studium der „formes frustes" der Recklinghausenschen Krankheit, von P. Bertein. (Gaz. des hôp., 1913. Nr. 32.) Bei einem 21jährigen Soldaten fanden sich außer den Tumoren längs der Nerven die Hauptsymptome der Recklinghausenschen Krankheit, nämlich Pigmentierung und Hauttumoren. Diese Krankheitsform wurde von Chauffard unter dem Namen „dermofibromatose pigmentaire" als selbständiges Krankheitsbild isoliert. Bertein fragte sich aber, ob diese Ansicht berechtigt ist und ob nicht die Hauttumoren seiner und überhaupt dieser Fälle ebenfalls zu den Nerventumoren gehören. wenn sie auch nicht ohne weiteres mikroskopisch als solche anzusprechen sind. Er weist nun darauf hin, daß es neben den seltenen Neuromen, bei welchen man typische Nervenfasern findet, die Mehrzahl der Nerventumoren nicht differenziert, sondern von einem banalen fibrösen Gewebe gebildet werden, das nicht in der fibrösen Nervenscheide seinen Ursprung genommen hat, sondern in der Nervenfaser selber, in den Zellen der Schwannschen Scheide und deren Transformierung bis zum fibrösen Gewebe gut hat verfolgt werden können. Deshalb darf man, wenn in einem Fall, wie dem mitgeteilten, keine Nervenfasern in den Tumoren gefunden wurden, nicht ohne weiteres ihre nervöse Natur bezweifelt werden.

A. Gunsett-Straßburg.

Recklinghausensche Krankheit, von J. Rebattu und Joseph Martin. (Lyon méd., 1914, Nr. 1.) Typische Recklinghausensche Krankheit mit kolossaler Dispersion, so daß kaum ein Fleck normaler Haut zu sehen war. Besonders zahlreich waren Pigmentflecke und Tumoren vom Typus des Molluscum pendulum. Keine Neurome, keine Skelettveränderung. R. Frühwald-Leipzig.

Bauchdeckenfibrome der Frau, Ätiologie, Diagnose, Prognose und Therapie, von Eugen Andersch. (Diss. Greifswald, 1913.) Der Arbeit liegen die Krankengeschichten von 6 Fällen zugrunde. Hinsichtlich des Ausgangspunktes sind in erster Linie der M. rectus abdom. und seine Sehnenscheiden, vor allem das hintere Blatt desselben beteiligt. Vorwiegend werden diese Tumoren bei Frauen, die geboren haben, angetroffen. Alter: Zeit der Geschlechtsreife. Das Wachstum der Bauchdeckenfibrome ist im allgemeinen sehr langsam; sie bleiben einerseits oft jahrelang latent, andererseits können sie auch plötzlich ein rapides Wachstum zeigen. Meist handelt es sich um reine Fibrome. Die einzige Therapie ist die operative. F. Loeb-München.

Fall von plexiformem Neurofibrom mit hypertrophischen und Pigmentveränderungen der Haut, angiomatösen Herden, Muskelatrophie und Rarefaktion der Knochen, von Henry Rutherfurd. (Glasgow J., 1914, Nr. 3.) Die im Titel besagte Affektion fand sich bei einem 8jährigen Mädchen, das an Spontanfrakturen litt.

R. Frühwald-Leipzig.

Behandlung der Gesichtsangiome, von Morestin. (Soc. de chir., 19. November 1913.) Der Verfasser unterband bei einem großen Angiom, das vom Auge bis zum Kieferwinkel reichte, zuerst die Jugularis und Carotis externa und machte dann in die Geschwulst eine große Menge von Formolinjektionen: das Angiom verschwand vollständig und narbenlos. A. Gunsett-Straßburg.

Angioma palpebrae, von van Lint. (Policlinique 1913, Nr. 22.) Das Angiom bei dem 11jährigen Mädchen hat die Eigentümlichkeit, daß es zylindrische Form hat und wie ein Wurm über das Auge herabhängt. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Pathogenese des generalisierten Xanthoms, von Ernst Sikemeier. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 14, H. 3.) Bei einer 33jährigen Frau mit allgemeiner Xanthomatose und chronischem Ikterus fand sich bei der Autopsie neben dem typischen Xanthom, das doppeltlichtbrechende Substanz enthielt, eine isolierte Tuberkulose der Leber, die stellenweise zur Zirrhose geführt hatte. Daneben war noch eine Tuberkulose

Digitized by Google

der regionären lumbalen, sowie der bronchialen und zervikalen Lymphdrüsen vorhanden. Nirgends konnten dagegen tuberkulöse Veränderungen des Verdauungstraktus oder der Lungen gefunden werden. Ein solcher Fall kam bisher noch nicht zur Beobachtung; doch läßt die Durchsicht der einschlägigen Literatur die Vermutung zu, daß wohl ähnliche Fälle häufiger sind, und daß der Tuberkulose, speziell der isolierten Lebertuberkulose, für die Pathogenese des multiplen Xanthoms vielleicht eine größere Bedeutung zukommt. Unter allen Umständen dürfte es sich daher empfehlen, künftig alle Fälle von generalisiertem Xanthom klinisch sowohl wie pathologisch-anatomisch auf Tuberkulose, speziell auf Lebertuberkulose, genau zu untersuchen. G. Heymann-Elbing.

Über Xanthom der Haut und der Sehnen, von H. Hoessli-Basel. (Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. 90, H. 1.) In dem vom Verfasser untersuchten Fall findet man in den Tumoren der Haut sowohl, als auch der Sehnen und des Periostes folgende wesentlichen Bestandteile: Wabige Xanthomzellen, vereinzelte, in ihrer Zahl auf die einzelnen Gewebe ungleich verteilte Riesenzellen, teils mehr homogene, teils strahlig gebaute Herde von Cholestearinablagerungen, an deren Peripherie Cholestearinnester und Riesen- und Xanthomzellen liegen. Dagegen finden sich in den Tumoren nirgends Pigment und nirgends Nekrosen, und es zeigt keines der untersuchten Stücke der Haut sowohl als auch der Sehne, was besonders betont sei, Partien von Rund-, Spindel- oder Polymorphzellen. Nirgends kommt ein fibromatöser oder sarkomatöser Bau zur Geltung.

W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Beitrag zu den Untersuchungen über das Pseudoxanthoma elasticum, von Stefania Rygierówna. (Poln. Revue f. Haut- u. Geschlechtskr., 1913, Nr. 7—9.) Die Verfasserin untersuchte klinisch und histologisch einen Fall Pseudoxanthom einer 72jährigen Frau. Die Untersuchung ergab dieselben Verhältnisse, wie es Dubreuilh 1913 in den drei beschriebenen Fällen fand. Im Falle der Verfasserin war fast die ganze Gesichtshaut vom Leiden betroffen, in Form eines diffusen Herdes von Elfenbeinfarbe mit verminderter Elastizität. Histologisch fand sich die Epidermis im Stratum corneum verdünnt, das Pigment vermehrt, die Papillen abgeflacht, die elastischen Fasern degeneriert, in eine strukturlose Masse verwandelt, sonst keine auffallenden Veränderungen. Und wenn manche Verfasser den Prozeß als Neoplasie, die anderen als Entartung der elastischen Fasern auffassen, so glaubt die Verfasserin, daß es sich nur um einen Prozeß handelt, der von verschiedenen Verfassern in verschiedenen Stadien seiner Entwickelung beobachtet wurde. H. Rossmarin-Lemberg.

Über die Lipoidinfiltration in den Kupfferschen Sternzellen und in den Retikulumzellen der Milz, und deren Beziehungen zu den Xanthelasmen, von L. Aschoff-Freiburg. (Naumburg, G. Pätz'sche Buchh., 1913.) Die verschiedenen Formen der Xanthombildungen werden von A. eingeteilt in echte xanthomatöse Geschwülste und Mischgeschwülste, ferner in Xanthelasmen, d. h. Wucherungen bei bestimmten Stoffwechselstörungen, und endlich in die lokalen pseudo-xanthomatösen Wucherungen entzündlicher Natur. A. beschreibt einen Fall, in welchem Xanthelasmen der Leber und Milz mit einem Xanthelasmaknoten der Haut am rechten Ellenbogen vergesellschaftet war. Merkwürdigerweise waren es weniger die Kupfferschen Sternzellen, als vielmehr die Bindegewebszellen der Glissonschen Kapsel und in der Milz neben den Retikulum- und Endothelzellen vorwiegend die Bindegewebszellen der Trabekel, welche die Lipoidspeicherung aufwiesen; auch in den mesenterialen Lymphknoten fanden sich die Xanthelasmen, deren Lipoide nach dem färberischen Verhalten in den drei Organen nicht als gleichwertig anzusehen waren. O. Peyser-Harburg.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Übergang von Quecksilber in die Haarsubstanz nach Quecksilbereinführung unter die Haut bei Lueskranken, von Casimir Strzyzowski. (Chem. Ztg., 1912, Nr. 127.) Verfasser gelingt es mit seiner Methode Bruchteile von Milligrammen Quecksilber in den Haaren von Syphilitikern nachzuweisen, denen Hg unter die Haut gespritzt worden ist. E. Brinitzer-Altona.

Die Syphilis als eine Frage der öffentlichen Gesundheit, von Henry J. Nichols-Washington. (J. Am. m. Assoc., 16. Mai 1914.) Die Ausführungen des Verfassers über Verbreitung, Gefahren und Verhütung der Syphiliserkrankung decken sich mit denen, die uns aus deutschen Zeitschriften über diesen Stoff geläufig sind.
H. Fendt-Wiesbaden.

Dermatologische Kasuistik, von Harry E. Alderson. Californ. State J. of M., Oktober 1913.)

1. Zirzinäre Eruption der Zunge. Der Patient litt an Lingua geographica. Er war infolge seiner schlechten Lebens- und Ernährungsweise etwas herabgekommen und litt oft an gastrointestinalen Störungen. Jedesmal wenn diese heftigeren Charakter annahmen wurde auch die Zungenaffektion schlimmer. Lokale Behandlung blieb ohne Erfolg; erst durch Regelung der Diät und Lebensweise wurde der Allgemeinzustand gehoben und die Erkrankung der Zunge beseitigt.

2. Arsenpigmentation und -keratosen. Der Patient zeigte am ganzen Körper eine tiefe Pigmentierung unterbrochen von Flecken normaler Haut. Die Haut der Handteller und Fußsohlen ist stark verdickt und zeigt zahlreiche prominente Keratosen. Ebensolche Keratosen im Gesicht und auf den Schultern. Dieser Zustand war die Folge einer wegen Psoriasis durch fünf Jahre hindurch fortgesetzten Kur mit asiatischen Pillen. Die Psoriasis war nicht wiedergekommen. Das Blut zeigte starke Lymphozytose.

3. Alopecia areata durch Nervenchok. Der Patient erlitt einen Automobilunfall; drei Wochen später zeigte sich ein kahler Fleck am Scheitel. Ohne Therapie heilte dieser innerhalb eines Monates.

4. Hydroa vacciniforme oder rekurrierende Sommereruption. Typischer Fall bei einem Cow-Boy, seit der Kindheit bestehend. Gelegentlich der Konsultation fanden sich nur Narben. R. Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Dr. Erwin Klaschka, Assistent der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Rudolfstiftung in Wien, ist infolge einer am Kriegsschauplatze erworbenen Erkrankung gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

17. April 1915 | Nr. 16 | Band 60

Über Nosokomialgangrän [1]).

Von

F. Trendelenburg.

Ich möchte mir gestatten, Ihnen in Kürze einiges über eine Wundkrankheit mitzuteilen, die in früheren Zeiten, besonders unter den schlechten hygienischen Bedingungen des Krieges, noch mehr gefürchtet wie Pyämie und Erysipel, Verwundete und Operierte dezimierte, jetzt aber dank der Antisepsis so gut wie ganz verschwunden zu sein scheint. Von ihrem endemischen Auftreten in den Lazaretten erhielt sie den Namen Lazarettbrand, Gangraena nosocomialis, Pourriture d'hôpital, Hospital gangrene.

Ob die Nosokomialgangrän in diesem Kriege schon beobachtet worden ist, weiß ich nicht sicher. Nach brieflicher Mitteilung scheint es in Innsbruck der Fall gewesen zu sein, auch aus Frankreich wurde mir kürzlich über einige Gangränfälle geschrieben, die mit Wahrscheinlichkeit für Nosokomialgangrän gehalten wurden. Aber Verwechselungen mit anderen Gangränformen, mit traumatischer Gangrän bei schweren Zertrümmerungen durch Granatschüsse und mit Gasphlegmonen sind nicht ausgeschlossen, wenn der Beobachter nicht den zweifelhaften Vorzug genießt, noch zu der vorantiseptischen alten Garde der Chirurgen zu gehören.

Wer den Lazarettbrand einmal gesehen hat, wird das wenigstens in schweren Fällen sehr typische Krankheitsbild sofort wiedererkennen. Wird eine bis dahin granulierende Wunde von Lazarettbrand befallen, so verändert sie über Nacht unter plötzlich auftretendem Fieber, das mitunter mit einem Schüttelfrost einsetzt, ihr Aussehen und wird schmerzhaft, die Haut in der nächsten Umgebung der Wunde zeigt eine intensive feurige oder purpurne Rötung. Die Granulationsfläche nimmt eine livide Farbe an, quillt hervor und bedeckt sich mit einem gelblichen fibrinösen Exsudat, das mit diphtherischen Pseudomembranen Ähnlichkeit hat. Es läßt sich meist in Fetzen von der Unterlage abziehen, wobei

[1]) Vortrag, gehalten an einem „kriegsärztlichen Abende" in Berlin, mit Demonstrationen von Diapositiven, die dem Verfasser von Hrn. Professor Rille in Leipzig freundlich zur Verfügung gestellt wurden.

Digitized by Google

die Granulationen aber bluten. Der Grund der Wunde zeigt ein buntscheckiges marmoriertes Aussehen. Nach einigen Tagen verfällt die inzwischen mißfarben braun oder schwärzlich gewordene Auflagerung durch Fäulnis, und zugleich setzt ein rapide um sich greifender gangränöser Zerfall der Gewebe ein, der in der Haut ringsum nach allen Seiten ziemlich gleichmäßig fortschreitet und, besonders wenn es sich um eine Schußwunde handelt, auch schnell in die Tiefe vordringt. Die gangränösen Gewebe werden in schwarze Fetzen und in eine schmierige stinkende breiige Masse verwandelt, bräunliche jauchige Flüssigkeit mit blutiger Beimischung fließt ab. In der Tiefe dringt die Gangrän besonders in den Bindegewebsspalten vor und legt bald die größeren Nerven- und Arterienstämme frei, nicht selten treten schwere arterielle Blutungen ein. Zu metastatischen Vorgängen kommt es nicht, auch die Lymphdrüsen sind wenig oder gar nicht beteiligt.

Wenn der Prozeß nicht rechtzeitig zum Stillstand kommt, und sich nach Abstoßung der gangränösen Massen frische gesunde Granulationen bilden, was in schwereren Fällen nur bei geeigneter lokaler Behandlung der Fall ist, so geht der Kranke an der septischen Intoxikation, die sich auch durch Milzschwellung und profuse Diarrhöen äußern kann, oder durch Blutungen zugrunde. Häufig tritt nach beginnender Heilung ein Rezidiv ein, das sich sogar mehrere Male wiederholen kann. Mitunter kompliziert sich der Lazarettbrand mit Erysipel oder Pyämie, selten mit Tetanus. Über Variationen in dem Krankheitsbilde wird nachher noch zu sprechen sein.

Zunächst werden einige Angaben über die Geschichte der Krankheit von Interesse sein. Daß der Hospitalbrand schon im Altertum vorgekommen ist und den Ärzten bekannt war, läßt sich aus einigen, allerdings nicht sehr deutlichen kurzen Angaben in den Schriften von Hippocrates, Galen und Paulus von Aegina schließen. Charakteristischer sind schon einige Stellen bei Avicenna um 1000 und Guido von Chauliac im 14. Jahrhundert. Unzweifelhaft auf Nosokomialgangrän beziehen sich aber einige Sätze in der berühmten Abhandlung von Ambroise Paré, dem Feldarzt Franz I. und Karl IX. von Frankreich, über die Schußwunden. Bei der Belagerung von Rouen in den Hugenottenkriegen, in der Mitte des 16. Jahrhunderts, sah er sehr viele, auch geringfügige Wunden faulig und gangränös werden und zum Tode führen; die Todesfälle waren so zahlreich, daß sowohl Belagerer wie Belagerte glaubten, die Kugeln der Gegner seien vergiftet, während Paré die Entstehung der Gangrän auf den Einfluß der verdorbenen Luft zurückführte. Seit der Zeit scheint sich die Krankheit dann in den alten überfüllten Hospitälern Frankreichs fest eingenistet zu haben, so in Lyon, in Montpellier

Digitized by Google

und dem besonders übel berüchtigten Hotel Dieu in Paris, in dem zeitweise der größte Teil aller Operierten dem Lazarettbrand erlag. In Frankreich erschienen denn auch, und zwar gegen Ende des 18. Jahrhunderts, die ersten Abhandlungen über die Krankheit von Pouteau und Dussaussoy in Lyon. Eine größere Ausbreitung gewann die Nosokomialgangrän durch die Napoleonischen Kriege, nachdem sie aber auch schon vorher in Deutschland und England stellenweise epidemisch aufgetreten war. Aus der Napoleonischen Zeit stammt die vortreffliche Darstellung der Krankheit von Delpech. Er sammelte seine Beobachtungen in den Hospitälern in Toulouse und Montpellier an den Verwundeten, welche von den verschiedenen Kriegsschauplätzen Europas meist aus sehr großen Entfernungen nach Südfrankreich transportiert worden waren und zum großen Teil schon mit Lazarettbrand infiziert ankamen. Wenn man Kriegsberichte aus damaliger Zeit liest, z. B. den Bericht von Reil über die Zustände nach der Schlacht bei Leipzig, und hört, wie die Verwundeten damals auf Bretterwagen zusammengepackt bestenfalls mit etwas Stroh als Unterlage oder auf Schubkarren in endlosen Zügen die schlechten Landstraßen entlang gefahren wurden, bis sich irgendwo Platz fand, sie wenigstens notdürftig unter Dach und Fach zu bringen, wie es überall an ärztlicher Hilfe, an Verbandmaterial und besonders an Pflegepersonal fehlte, da ja noch in den Freiheitskriegen die weibliche Krankenpflege aus den Militärlazaretten so gut wie vollständig ausgeschlossen war, so gewinnt man die Überzeugung, daß die Bedingungen für die Entstehung und Ausbreitung von Wundkrankheiten damals die denkbar günstigsten waren. Man gewinnt dann aber auch das richtige Verständnis für die großen Fortschritte, die uns das Rote Kreuz und die Einrichtung unserer vortrefflichen Lazarettzüge gebracht hat. Wie lange mag ein Verwundeter aus Napoleons Armee auf dem Wege vom Rhein bis nach Montpellier gereist und wie selten mag er unterwegs frisch verbunden worden sein? Wie mag er gehungert und gedurstet haben, und wie unerträgliche Schmerzen muß das Stoßen der Wagen auf den schlechten Straßen den Verwundeten mit Knochenbrüchen bereitet haben. Jetzt fahren die Verwundeten, wenn sie erst glücklich geborgen und den Gefahren des Schlachtfeldes entronnen sind, meist bequem gebettet und fest geschient, von Station zu Station gespeist und gelabt, vom Arzt so oft als nötig kunstgerecht und aseptisch verbunden in etwas über 48 Stunden von Flandern bis Berlin.

Nach den Napoleonischen Kriegen war der Lazarettbrand in den meisten größeren Krankenhäusern Europas ein ständiger oder doch immer wieder einkehrender Gast, so besonders im Hotel Dieu und Hôpital St. Louis in Paris, in St. Georges und St. Bartholomews Hospital in

Digitized by Google

London, in der Charité in Berlin und in anderen chirurgischen Kliniken Deutschlands, ebenso auf den Lazarettschiffen der englischen Marine. Während des Krimkrieges wütete er dann besonders in Konstantinopel, während des österreichisch-italienischen Krieges in Mailand, während des amerikanischen Sezessionskrieges in Washington, Baltimore und anderen Städten. Über eine Endemie in der Charité 1864/65 berichtete H. Fischer in einer vortrefflichen Arbeit. Mehr weniger heimisch war die Krankheit wohl in den meisten größeren Krankenhäusern, besonders zu leiden darunter hatte unter anderen Lister in der Royal Infirmary zu Glasgow. Das sofortige Zurückgehen der bisher sehr hohen Sterblichkeitsziffer infolge von Lazarettbrand nach der Einführung seiner neuen Wundbehandlungsmethode war ihm der beste Beweis für die Richtigkeit seines Prinzips der Antiseptik. Im Kriege 1866 trat die Hospitalgangrän an verschiedenen Orten in Böhmen auf und wurde von dort nach Sachsen und nach Schlesien importiert. In dem Kriegslazarett in Görlitz erlebten wir eine kleine Endemie, und zwar in den Krankenzelten, welche neben der als Krankenhaus dienenden Kaserne errichtet waren. Die vermeintlichen hygienischen Vorzüge dieser Zelte, die ganz wie die Zelte der Nomaden auf bloßer Erde ohne Fußboden standen, und deren aus leinenen Segeln bestehenden Wände durch seitlich eingepflöckte Stricke festgehalten wurden, erwiesen sich als völlig illusorisch, der Hospitalbrand sprang von einem Verwundeten zu dem anderen hinüber. Die meisten Fälle kamen nach gründlicher Anwendung des Ferrum candens zur Heilung, einige verliefen tödlich durch arterielle Blutungen. So entsinne ich mich eines Falles, in dem es zu einer tödlichen Femoralisblutung aus der von Gangrän befallenen Abszeßhöhle eines durch Schnitt geöffneten Bubo inguinalis kam. In Frankreich 1870 habe ich in unserem Feldlazarett meiner Erinnerung nach keinen Fall von Hospitalbrand gesehen. An anderen Stellen in Frankreich ist er vielfach beobachtet worden und trat dann auch in Deutschland in den Reservelazaretten auf. Eine gute Beschreibung der Krankheit aus dieser Zeit verdanken wir Franz König, der in dem Barackenlazarett auf dem Tempelhofer Felde arbeitete, einer Anlage, die jetzt nach 44 Jahren an derselben Stelle wieder erstanden ist. Bald nach dem Friedensschluß hatten wir noch eine lokale Endemie in der Langenbeckschen Klinik in der Ziegelstraße, und zwar wieder in dem luftigsten und vermeintlich hygienisch einwandfreiesten Raum der Klinik, in der nach Esses Plänen auf dem Hofe der Klinik errichteten sogenannten Charitébaracke. Natürlich konnte die verhältnismäßig freiere Luftzirkulation keinen Schutz gegen die Infektion bringen, solange die verschiedenen Wunden in alter Weise mit denselben nicht sterilisierten Instrumenten und nur oberflächlich gereinigten Fingern berührt wurden.

Digitized by Google

Erst durch die Einführung einer methodischen Antisepsis und Asepsis sind wir in allen unseren Krankenhäusern des Feindes ganz Herr geworden. Ich habe seitdem nur noch einen Fall von Gangrän gesehen an dem verwahrlosten Ulcus cruris eines Landstreichers, der etwa um 1880 der Rostocker Klinik zuging, und auch mein früherer Kollege in Leipzig, der Dermatologe RILLE teilt mir mit, daß ihm bei seinem großen Material nur ganz vereinzelte Fälle ebenfalls bei vernachlässigten Beingeschwüren vorgekommen seien. Auch in den letzten Kriegen ist wenig über Nosokomialgangrän verlautet. KUSMIN berichtet aus dem Kriegslazarett in Sistowa, das statt mit den etatmäßigen 630 mit 3500 Kranken belegt war, über 94 Fälle mit 39 Todesfällen.

Die beste neuere Monographie über Hospitalgangrän ist die von ROSENBACH vom Jahre 1888, in der Deutschen Chirurgie erschienen, ihr habe ich Vieles entnommen. Größere eigene Erfahrungen standen aber ROSENBACH nicht zu Gebote, und leider gelang es dem ausgezeichneten Forscher auch nicht, sich Material zur bakteriologischen Untersuchung zu verschaffen.

Die obige kurze Schilderung des Krankheitsbildes paßt nun nicht ganz auf alle Krankheitsfälle. Sie entspricht der Form der Krankheit, die man seit DELPECH als die pulpöse bezeichnet, und neben der bei den Autoren noch von einer ulzerösen Form die Rede ist, bei einigen sogar von einer dritten Form, der ulzerös-pulpösen. Bei der ulzerösen im allgemeinen für gutartiger gehaltenen Form bemerkt man an der bisher gut granulierenden jetzt schmerzhaft werdenden Wunde eine kleine wie ausgenagt aussehende Vertiefung, die sich dann rasch seitlich ausdehnt. Mitunter handelt es sich um mehrere solche bald in einander konfluierende Aushöhlungen. Nach KÖNIG gehen dem ulzerösen Zerfall der Granulationen kleine Apoplexien in die Granulationen voraus. Die Eiterung versiegt, statt des Eiters sezerniert die Wunde eine bräunliche stinkende dünne Flüssigkeit. Der gangränöse Zerfall greift auf die Wundränder über, dringt ebenso in die Tiefe, und das schließliche Bild ist dann dasselbe wie bei der pulpösen Form. Ist die Diagnose auf Lazarettbrand einmal gestellt, so ist natürlich sofortiges energisches Eingreifen geboten, und man hat daher keine Gelegenheit, den ganzen Verlauf des Prozesses an einer und derselben Wunde so zu beobachten, wie er von den Autoren geschildert wird.

Es sind aber nicht ausschließlich schon granulierende Wunden, die von Gangrän befallen werden, sondern die Infektion kann auch frische Wunden ergreifen. Früher, als man bei allen größeren Operationswunden auf prima intentio verzichtete und den unter entzündlichen Erscheinungen einhergehenden Reinigungsprozeß der Wunde in den ersten Tagen für

Digitized by Google

unerläßlich hielt, war die Diagnose der beginnenden Gangrän bei frischen Wunden nicht so leicht wie bei granulierenden. Die auffallende Trockenheit der Wunde in den ersten Tagen war ein wichtiger Fingerzeig. In den offenen Muskelinterstitien, z. B. bei einem Amputationsstumpf, dringt die Infektion mit besonderer Schnelligkeit vor. Gelegentlich hat man den Lazarettbrand von ganz oberflächlichen unbedeutenden Hautverletzungen ausgehen sehen, wie von kleinen Kratzstellen und Insektenstichen, ja es sind sogar Fälle beobachtet worden, in denen er von einer anscheinend unverletzten Hautstelle ausging, in der sich zunächst eine kleine Pustel gebildet hatte.

Daß die Nosokomialgangrän eine kontagiöse und nicht eine miasmatische Krankheit ist, wie Paré annahm, ist schon vor längerer Zeit allgemein anerkannt worden. Beweisend für die lokale Übertragbarkeit war die Erkrankung von Ärzten, welche sich bei der Behandlung einer gangränösen Wunde am Finger verletzten, an der verletzten Stelle eine Pustel und von derselben ausgehend eine fortschreitende Gangrän bekamen. Auch wurden in früheren Zeiten verschiedene Übertragungsversuche bei Menschen gemacht, zum Teil mit dem Nebenzweck, inoperable Karzinome durch die Gangrän zu zerstören, zum Teil ohne einen solchen therapeutischen Zweck oder mit recht bedenklicher Indikationsstellung. So soll ein Arzt in Xeres 1811 sich ein Geschoß, das tief in der Lendengegend steckte, durch eingeimpften Hospitalbrand zugänglich gemacht haben. Am zehnten Tage waren die Weichteile so zerstört, daß das Geschoß in der Fossa iliaca gefunden wurde, aber der Kranke starb bald darauf. Oft blieben die Übertragungsversuche erfolglos, was wohl daher rührt, daß nur nekrotische Massen und Brandjauche, nicht Gewebstückchen von der Grenze des Brandigen eingeimpft wurden. Auch die Impfversuche bei Tieren schlugen meistens fehl, Fischer bekam bei Kaninchen positive Resultate.

Was die Behandlung anbetrifft, so ist nicht zu bezweifeln, daß leichtere Fälle bei indifferenter Behandlung zur Heilung kommen können. Es würde keinen Zweck haben, alle die Medikamente hier aufzuführen, welche im Laufe der Jahre als Wundmittel für Nosokomialgangrän empfohlen worden sind. Meist sind es antiseptisch wirkende Stoffe. Bei schweren Fällen, und man weiß nie, ob der zunächst scheinbar leichte Fall nicht später die schwerere Form annehmen wird, ist die gründliche Zerstörung alles Gangränösen bis in das Gesunde hinein das einzig richtige Heilmittel. Das wußten schon die Alten, bei denen Ätzmittel und das Ferrum candens bei der Behandlung des Lazarettbrandes in erster Linie standen. Poutkau und Delpech empfehlen das Glüheisen, und auch nach meiner Erfahrung gelingt es mit dem Glüheisen am besten,

Digitized by Google

den Prozeß zum Stillstand zu bringen. Man muß es allerdings so energisch anwenden, daß nicht nur alles zerfallene, sondern auch alles infizierte Gewebe wirklich zerstört wird, was bei einer größeren buchtigen Höhle mit dem Paquelinschen Instrument nicht zu erreichen ist. Die Platinkuppel kühlt sich in der Wunde viel zu schnell ab; um gründlich zu wirken, muß man zu den alten im Ofen glühend gemachten Glüheisen greifen, die, früher oft mißbraucht, jetzt, wo die Narkose ihre Anwendung schmerzlos macht, mit Unrecht ganz aus dem Instrumentarium verbannt sind. Man muß bei großen brandigen Wunden mehrere Eisen im Ofen haben, um abwechseln zu können, und muß nach Entfernung der breiigen Massen aus den Wundnischen mit Tupfern und, wenn nötig, nach Freilegung versteckter Buchten durch Spaltungen mit Messer und Schere an jeder Stelle das Glüheisen solange einwirken lassen, bis unter dem aufgesetzten Eisen nicht mehr das kochende bräunliche Sekret, sondern etwas Blut hervorkommt. Erst dann ist man in gesundem Gewebe angelangt. Natürlich muß dafür gesorgt werden, daß keine kochende Flüssigkeit außen über die Haut läuft, wodurch schmerzhafte Brandstellen entstehen würden. Liegen größere Arterien und Nerven in der Wundhöhle frei, so müssen sie geschont werden, auf die Gefahr hin, daß später von diesen Stellen ein Rezidiv ausgeht. Hat die Kauterisation genügend gewirkt, so macht sich die Besserung durch das Zurückgehen von Schmerz, Hautrötung und Allgemeinerscheinungen schnell bemerkbar.

Die Wirksamkeit des Ferrum candens als sichersten Zerstörungsmittels lokaler Infektionsherde läßt sich jederzeit auch an Karbunkeln erweisen. Abgesehen von dem Karbunkel bei Diabetes, der ja immer eine sehr schlechte Prognose darbietet, läßt sich jeder Karbunkel durch einmalige gründliche Kauterisation seines Inneren mit dem Glüheisen nach ergiebiger äußerer Spaltung mit Sicherheit zur Heilung bringen. Man muß nur auch hier an jeder Stelle das Glüheisen so lange wirken lassen, bis nicht mehr die grüngelben zähen blasigen Eitermassen herauszischen, sondern bis deutlich Blut kommt. Nur dann kann man sicher sein, alle Staphylokokken vernichtet zu haben. Der Erfolg ist ein überraschender. Schon am nächsten Tage sind Schmerz und Spannung viel geringer geworden, die Rötung der umgebenden Haut ist zurückgegangen, nach Abstoßung des trocken bleibenden Brandschorfes zeigen sich dann gesunde Granulationen und die Heilung nimmt einen ungestörten Verlauf. Mehrere Patienten, die vorher täglich mehrmals mit der Bierschen Saugglocke behandelt waren, äußerten sich schon am Tage nach der Operation ganz glücklich über die fühlbare Besserung, vor allem über die Beseitigung der Schmerzen und über das Aufhören der durchaus nicht schmerzlosen

Digitized by Google

Saugprozeduren. Die Anwendung des Glüheisens in Chloroformnarkose (Äther darf man natürlich wegen der Feuersgefahr nicht nehmen) ist in solchen Fällen also nur scheinbar ein rohes und grausames Verfahren, in Wirklichkeit eine Wohltat für den Kranken und ein sicheres Heilmittel.

Von den verschiedenen Ätzmitteln, welche bei Nosokomialgangrän angewandt werden können, wie Cali causticum, Wiener Ätzpaste, Eisenchlorid, Schwefelsäure, Salzsäure, rauchende Salpetersäure, Chlorzink ist das besonders von König eingeführte Chlorzink am meisten zu empfehlen. Trockenes, nicht kristallisiertes Chlorzink wird mit möglichst wenig Wasser gelöst, mit der Lösung werden Wattebäuschchen getränkt, diese werden ausgedrückt und dann in Narkose in alle Buchten der Wundhöhle hineingestopft, wo sie bis 20 Minuten lang liegen bleiben. Mir ist es immer als ein Nachteil der Ätzmethode gegenüber der Kauterisation erschienen, daß man nicht weiß, wie tief die Ätzung wirkt, während man es bei dem Glüheisen an dem hervorkommenden Blut sieht, wenn man bis zu gesundem Gewebe vorgedrungen ist. Auch bei der Ätzung müssen vorher alle Buchten und Spalten der Wundhöhle mit Messer und Schere möglichst freigelegt und die pulpösen Massen mit Gazetupfern gründlich ausgeräumt werden.

Es wurde oben erwähnt, daß die fibrinösen Auflagerungen auf der granulierenden Wundfläche, welche sich meist als erstes Symptom der Erkrankung zeigen, Ähnlichkeit mit diphtherischen Pseudomembranen haben. Diese Ähnlichkeit ist schon Theophrastus Bombastus Paracelsus im 16. Jahrhundert aufgefallen, welcher schreibt:

„Es ist auch etlich mal begegnet, daß eine gemeine Breune in die Kriegsleut kommen ist; auch also mit allen Zeichen in die Wunde, also daß dicke Heut ab den wunden gangen sind, wie man von den zungen geschelt hat derer, so die Breune hatten; also daß Wunden und der Mund gleich waren, daß ist der die wunden hat, dem sahen sie gleich dem, der die Breune auf der Zunge hatt." Auch Felix Würtz spricht in seiner Praktika der Wundarzney von Bräune der Wunden.

Die Ähnlichkeit zusammen mit dem Umstande, daß einigemal bei denselben Personen Nosokomialgangrän und Rachendiphtherie kombiniert aufgetreten sind, hat dazu geführt, daß v. Pitha, Demme und Heine Nosokomialgangrän und Diphtherie irrtümlich für identisch erklärt haben. Die Kombination ist, wo sie auftrat, eine ebenso zufällige wie die Komplikation mit Cholera und Typhus, für deren ätiologische Identität mit Nosokomialgangrän in früheren Zeiten ebenfalls einige Autoren eingetreten sind. Eine gewisse Beziehung zwischen diesen Krankheiten und dem Lazarettbrand besteht höchstens vielleicht insofern, als die Gangrän ge-

Digitized by Google

schwächte Individuen und daher auch Rekonvaleszenten von anderen schweren Infektionskrankheiten mit Vorliebe befällt.

Anders steht es mit der Frage, ob Noma und das Ulcus phagedaenicum der Genitalien mit Nosokomialgangrän identisch sind. Die Ähnlichkeit in dem klinischen Bilde dieser verschiedenen Affektionen ist eine sehr große, und es ist mir von jeher als sehr wahrscheinlich erschienen, daß es sich bei allen drei um ein und dasselbe Virus handelt. Noma bekommt man bei uns ja nur sehr selten zu sehen. In früheren Zeiten trat die Krankheit häufig wie der Lazarettbrand in überfüllten Krankenhäusern endemisch auf, besonders in französischen und holländischen Findelhäusern. Fälle von Ulcus phagedaenicum der Genitalien, besonders bei Männern, kommen in den Kliniken für Syphilis und Hautkrankheiten bekanntlich nicht selten zur Beobachtung. Die Gangrän, welche gewöhnlich von einem Ulcus molle an der Glans oder am Präputium ausgeht, führt häufig zu einer partiellen Zerstörung dieser Teile, kann aber auch auf den Penis übergreifen. Einen besonders desolaten Fall, in dem der ganze Penis durch schnelles Weiterkriechen der Gangrän bis zum Mons veneris zerstört wurde, ist mir von meiner Assistentenzeit her noch in lebhafter Erinnerung.

Die Entscheidung über die Frage der Identität von Nosokomialgangrän, Noma und Ulcus phagedaenicum muß natürlich von bakteriologischer Seite geliefert werden. Die bisher vorliegenden, wegen der Seltenheit der Nosokomialgangrän und Noma noch spärlichen Untersuchungsresultate, sprechen für die Identität, und Dermatologen wie Matzenauer und Rille treten für dieselben ein.

Im Jahre 1893 fand Vincent in einem Hospital in Algier bei Nosokomialgangrän schlanke gradlinige oder leicht geschwungene Bazillen, die in großen Mengen wie durcheinander geworfene Nadeln in dem Gewebe liegen. Durch Verimpfung derselben konnte er bei Kaninchen gangränöse Geschwüre hervorrufen. Bei gangränösen Schankern fanden Matzenauer und Róna dieselben Vincentschen Bazillen, Balzer und Poisot gleichzeitig Vincentsche Bazillen und Ducreysche Schankerbazillen. Matzenauer fand die Vincentschen Bazillen auch bei Noma und hält die Perthesschen Pilzfäden bei Noma für nebensächlich. Häufig scheint eine Symbiose des Vincentschen Bacillus fusiformis mit Spirillen stattzufinden. Weitere Untersuchungen sind sehr wünschenswert.

Literatur.

Pouteau, Cl., Oeuvres posthumes, 1783, Bd. 3. — Dussaussoy, A., Diss. et observ. sur la gangrène humide des hôpitaux. Genève, 1786. — Delpech, J., Mémoire sur la complications des plaies et des ulcères connue sous le nom de pourriture d'hôpital. Paris.

Digitized by Google

1815. — v. Pitha, Beitr. zur Beleuchtung des Hospitalbrandes. Prager Vierteljahrschr. f. prakt. Heilkunde, 1. Jahrg., 1851, Bd. 2. — Demme, H., Militärchirurgische Studien, Würzburg, 1863, S. 180. — Fischer, H., Der Hospitalbrand, eine klinische Studie nach Beobachtungen im verflossenen Jahre. Annalen des Charitékrankenhauses in Berlin, 1865, Bd. 13, Nr. 1, S. 8. — König, F., Über Hospitalbrand, Sammlung klinischer Vorträge von R. Volkmann, 1872, Nr. 40. — Kusmin, Ref. im Zentralbl. f. Chir., 1881, S. 798. — Rosenbach, Der Hospitalbrand, Deutsche Chirurgie von Billroth und Lücke, 1888, Lief. 6 (mit vollst. Literaturverzeichnis). — Vincent, Sur l'étiologie et sur les lésions anatomo pathologiques de la pourriture d'hôpital, Annales de l'institut Pasteur, 25. Sept. 1896. — Vincent, La symbiose fuso-spirillaire, ses diverses déterminations pathologiques, Ann. de Dermat. et de Syph., 1905, S. 401. — Matzenauer, Zur Kenntnis u. Ätiologie des Hospitalbrands, Arch. f. Dermatol. u. Syph., 1901, Bd. 55, S. 394; Noma u. Nosokomialgangrän, 1902, Bd. 60, S. 373. — Rille, Lehrb. der Hautkrankheiten, Jena, 1902, S. 51. — Róna, Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 71, S. 191; Bd. 74, S. 171. — Balzer u. Poisot, Soc. française de Dermat. et de Syph., 7. Juni 1906. — Conradi, Klinische Analyse und therapeutische Bemerkungen über 2500 Fälle aus der Dermatol. Abth. d. Wiener Allgemeinen Poliklinik 1897/98 (Prof. Rille), Diss. Leipzig. 1906.

Versammlungen.

Militärlazarett Tournai.

1. Sitzung am 1. II. 1915.

Dermatologische Demonstrationen.

Riecke (Leipzig) demonstriert:

1. Einen 18jährigen Flieger mit einer kongenitalen Phimose und akuter Blennorrhoe. Die etwas dorsal gelegene Präputialöffnung ist kaum stecknadelkopfgroß. Aus dieser Mündung, welche seit jeher zu gelegentlichen Miktionsstörungen infolge ihrer Enge Anlaß gegeben hat, entleert sich auf Druck eine wässeriggelbe Flüssigkeit. Die mikroskopische Untersuchung ergibt in diesem Sekret reichlich Gonokokken. Es ist also durch die minimale Präputialöffnung eine Tripperansteckung erfolgt. Unter Lokalanästhesie Zirkumzision; aus der Urethra entleert sich rahmiger Eiter. Glans von normaler Beschaffenheit. — Es besteht bei dem Kranken ein ausgesprochener Dermographismus.

2. Einen 22jährigen Musketier mit einer Urticaria chronica; seit vielen Jahren häufige Eruptionen rosaroter Quaddeln; zurzeit bestehen neben Quaddeln noch rosarote, vielfach konfluierende Flecke, unregelmäßig verteilt am Stamm und den Extremitäten. Keine Spur von persistierenden Effloreszenzen. An den vorderen Achselfalten ausgeprägte Wachstumsstriae.

3. Einen 20jährigen Artilleristen mit einer um die Hautfollikel vorzugsweise angebildeten Urtikaria (Urticaria follicularis). Hinweis auf die auffallende Häufigkeit von Urtikaria, speziell von Urticaria factitia im Felde. Pathogenetisch kommt dafür die Wollwäsche in Betracht, welche die Haut in einem latenten Reizzustand erhält. An dem linken Handrücken Verrucae planae.

4. Einen 22jährigen Gefreiten, der folgende Erscheinungen zeigt: Dermographismus; überzählige Warze handbreit unter der linken Mamma, ausgedehnte Verrucae planae an beiden Handrücken; impetiginöses Ekzem in der Peripherie des Anus; Lues II (Leucoderma colli, nässende Papeln perianal und am Skrotum, Angina papulosa und Plaques muqueuses an Mund- und Zungenschleimhaut).

Digitized by Google

5. Drei Soldaten mit weitverbreiteten blauen Flecken (Maculae coeruleae). Hinweis auf die Entstehung dieser Flecken durch Bildung eines grünen Farbstoffs im menschlichen Hämoglobin durch Einwirkung des Kieferdrüsensekrets der Pediculi pubis.

6. Einen 38jährigen Fahrer mit einer generalisierten akuten Dermatitis über dem Stamm und größere Anteile der Extremitäten verbreitet. Starke Rötung und Schwellung, vielfach Nässen, das Skrotum um das dreifache durch entzündliche Schwellung vergrößert. Ursache: Perubalsamanwendung gegen Skabies. Daneben zeigt der Patient eine Schiefer-Anthrakosis.

7. Einen 23jährigen Musketier mit einem die mittleren Partien der oberen Rückengegend und die Sternalregion einnehmenden, gelbroten bis rotbräunlichen, vielfach in Ringen und Halbkreisformen ausgebildeten, makulo-papulösen Exanthem, gelegentlich mit geringer Auflagerung fettiger Schüppchen: Schulfall eines Ekzema seborrhoicum. Außerdem zeigt Patient markante, horizontal verlaufende Reihen von Wachstumsstriae in der Sakralregion.

8. Einen 29jährigen Militärpolizisten mit einem am Rücken, den Nates und besonders an den Streckseiten der Extremitäten ausgedehnten Lichen pilaris. Die Einzeleffloreszenzen haben vielfach einen lividen Farbenton. Dieses Exanthem bei sonst mit normalem Fettgehalt ausgestatteter Haut ist kein Symptom der Ichthyosis simplex im vorliegenden Falle, sondern trägt originären Charakter. Daneben Wachstumsstriae und Dermographismus.

9. Einen 27jährigen Gefreiten mit einer typischen Ichthyosis simplex et nitida und ausgedehnter Keratosis pilaris (Lichen pilaris). Keine Schweißbildung außer an den von Ichthyosis freien Axillargruben, Kubitalbeugen, Kniebeugen und Genito-Cruralfalten.

10. Einen 33jährigen Landsturmmann mit einer Alopecia areata am Okziput und einer frischen Dermatitis papillaris nuchae, welche auf Sublimatspiritus günstig reagiert.

11. Vier Soldaten mit äußerst markanter und weitverbreiteter Anthrakosis, vielfach in langen Streifen. Zwei von den Leuten (sämtlich im Zivilberuf Bergleute) zeigen auch unregelmäßige, weißliche multiple Narben, namentlich in der unteren Rückenhälfte, entstanden durch die beim Kohlenabbau die Haut ätzende Kondensflüssigkeit („Salpeterwasser" in der Bergmannssprache).

12. Einen 22jährigen Musketier, bei welchem eine stark entzündliche Balanitis simplex eine Sklerose an der Umschlagsfalte vortäuscht. Bemerkenswert ist ein aus sehr zarten, eben papulösen Gyri und Halbkreisen bestehendes, schwach bräunlichrotes, leicht desquamierendes und ein wenig infiltriertes Exanthem an der Stirn und am Skrotum. Auf und um die Tonsillen annuläre papulöse Herde, an den Zungenrändern, an Ober- und Unterlippe Plaques muqueuses. Am Halse täuscht ein fleckiges Weiß ein Leukoderma vor. In den Supraklavikulargruben annähernd symmetrisch ovale, weißliche konvexbegrenzte Stellen, Umgebung stärker pigmentiert. Auch am Rücken und am Skrotum depigmentierte Zonen. Diagnose: Balanitis simplex, Lues II (Rezidiv), Vitiligo.

13. Einen 34jährigen Wehrmann, dessen linke Nates zur Hälfte eingenommen ist von einem stark infiltrierten, dunkelroten, papulo-tuberösen, mit reichlichen Schuppenkrusten bedeckten, scharf konvexbegrenzten Exanthem. Der Rand wird von dicht gedrängt stehenden, vielfach konfluenten, halberbsengroßen, papulösen, derben Infiltraten gebildet. Der vielfach in mehr oder weniger parallel laufenden Infiltratstreifen angeordnete Herd führt zu flacher Vernarbung. Tubero-serpiginöses tertiäres Syphilid. Sehr intensive Jod-, Hg- und Salvarsanbehandlung hat keine Besserung bislang ergeben. Erörterung der Differentialdiagnose gegenüber Lupus papillomatosus.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

Die Ätiologie des Molluscum contagiosum, von B. Lipschütz-Wien. (M. Kl., 1913, Nr. 46.) Als Resultat siebenjähriger Arbeit veröffentlicht Lipschütz die Momente, welche dazu führen, den Erreger des Molluscum contagiosum nicht mehr zu den unbekannten Vira rechnen zu müssen, sondern in dem von ihm beschriebenen Strangyloplasma das ätiologische Moment des Molluskum erblicken zu können. Als Beweise für die ätiologische Bedeutung der Strangyloplasmen für das Molluskum führt Lipschütz an: 1. Die Konstanz der Befunde in den Arbeiten der verschiedenen Forscher, die sich mit dieser Frage befaßt haben; 2. das charakteristisch-morphologische und tinktorielle Verhalten der Elementarkörperchen; 3. die eigenartigen histologischen Bilder, die auf sehr innige Beziehungen der Körperchen zu den erkrankten Retezellen schließen lassen; 4. ihre Reinzüchtung (durch Leber), die in einem Falle bis zur zehnten Passage gelungen ist, und 5. der dem Verfasser geglückte Nachweis der Elementarkörperchen auch in Impfmollusken. Die Details der Färbemethoden und histologischen Forschungen des Verfassers müssen im Original eingesehen werden. O. Lasch-Breslau.

Untersuchungen über das Epithelioma contagiosum der Tauben, von Francesco Sanfelice-Modena. (Zsch. f. Hyg., 1913, Bd. 76, H. 2.) Im Verfolg der (schon früher von mir referierten) Feststellungen, daß die als Erreger des Epithelioma contagiosum angesprochenen „Körperchen" aus degenerierten Kernen stammen, kann Verfasser an neuem Material diese Tatsache bestätigen und gleichzeitig die Abkunft der „Bendaschen Körperchen" von eben diesen Zellelementen nachweisen. Auf der Suche nach der Natur des Virus gelang es dem Verfasser, aus der erkrankten Haut der Tauben, bei Verwendung des Verfahrens zur Extrahierung der Nukleoproteide, eine giftige Substanz zu gewinnen, welche die Krankheit in den gesunden Tauben wieder zu erzeugen vermag. Die Tatsache, daß es trotz 24stündiger Einwirkung von 1%iger Kalilauge auf die erkrankte Haut doch gelingt, mit dem gewonnenen Produkt ganz genau die gleiche Erkrankungsform zu erzielen wie durch Inokulation mit nichtbehandelter erkrankter Haut, ist unvereinbar mit dem Vorhandensein lebender, vermehrungsfähiger Keime. Das Epithelioma contagiosum der Tauben ist vielmehr einem Giftstoff zuzuschreiben, der von den eigenen Zellelementen des erkrankten Hautepithels erzeugt wird und, sobald er in die Haut der gesunden Tauben inokuliert wird, in den betroffenen Zellelementen eine erneute Bildung desselben Giftstoffes veranlaßt. O. Gans-Hamburg.

Hautpigmentation bei Basedow, von Paul Sainton. (Bull. méd., 1914, Nr. 52.) Bei Basedow-Kranken kommt öfters, etwa in einem Viertel der Fälle, Pigmentation der Haut vor. Es sind entweder lokalisierte Pigmentierungen, die meist im Gesicht sitzen und einem Chloasma bei Schwangeren ähnlich sehen; oder es sind diffuse Pigmentflecke, die am Genitale, an den Brüsten und Gelenkbeugen ihren Sitz haben. Schließlich kommt aber noch eine Melanodermie vom Typus der Addisonschen Krankheit vor, die sich mit Zeichen der Nebenniereninsuffizienz kombiniert; dabei können die Schleimhäute frei oder befallen sein. R. Frühwald-Leipzig.

Physiologische Pigmentierung der Schleimhaut, von L. M. Bonnet. (Lyon méd., 1913, Nr. 52.) Der 28jährige Mann hat Pigmentflecke auf der Wangenschleimhaut und der Unterlippe. Diese physiologische Pigmentierung ist nicht selten.
R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Zur Kenntnis der Melanome, von Benzo Hoda-Japan. (Virch. Arch., 1914, Bd. 215, H. 2.) Verfasser beschreibt einen Fall von allgemeiner schwerster Melanose, der zur Sektion kam. Nach Operation eines Melanoms am Hinterkopf und eines zweiten am rechten Sternokleidomastoideus, trat als Rezidiv und metastatische Verschleppung eine schwere allgemeine Melanose auf. Auf Grund seiner eingehenden histologischen Untersuchungen kommt er zu dem Schluß, daß es sich um einen epithelialen Tumor handelt. Nachweisbares Eisenpigment fehlte hier. Er wirft die Frage auf, ob in den Fällen, wo Eisenpigment gefunden wird, Melanosarkom, wo keines sich findet, Melanokarzinom vorliegt. B. Junghanns-Dresden.

Ein Fall von Akanthosis nigricans, von Alfred Klein. (Prag. m. Wschr., 1913, Nr. 33.) Es handelt sich um eine 35 Jahre alte Näherin. Das Wesentliche des Falles bestand in einer Hautveränderung, die man als eine Vergröberung des Reliefs bis zur papillomatösen Wucherung auffassen kann. Nebenbei fand sich eigentümliche schiefergraue Pigmentierung, die besonders an der Bauchhaut hohe Grade erreichte, weiter noch eine ganz ausgesprochene Neigung zur Hyperpigmentation, insofern z. B. Röntgenisierung bei der Patientin eine tief sepiabraune Pigmentation hinterließ. Die Veränderungen fanden sich in besonders hohem Grade an der Bauchhaut, in den Achselhöhlen, an der Halshaut, an allen Gelenkbeugen, an der Innenfläche der Oberschenkel. Außerdem waren sie am intensivsten eben bis zur papillomatösen Beschaffenheit fortgediehen an den Kontaktflächen unter den beiden Mammae, am Genitale, perianal und in den Achselhöhlen. So wie bei anderen bekannten Fällen fand sich bei der Kranken ein maligner Tumor im Abdomen und zwar ein weit fortgeschrittenes Carcinoma ventriculi. Das Bemerkenswerte dieses Falles besteht nun darin, daß die Patientin zur Zeit, als das primäre Karzinom vorhanden war, keine Hautveränderungen aufwies, daß diese sich erst zehn Monate nach der Operation und, wie es scheint, in Abhängigkeit von einem Rezidiv mit Metastasen einstellten. G. Heymann-Elbing.

Ein Fall von Akanthosis nigricans, von Dubois-Havenith. (Policlinique, 1913, Nr. 24.) Der 51jährige Mann erkrankte vor drei Monaten an Juckanfällen; bald darauf trat am Hals und Nacken eine braune Verfärbung auf, die allmählich zunahm. Gleichzeitig verdickte sich die Haut und wurde uneben, rauh, zeigte stärkere Furchen; die Affektion geht allmählich ins Gesunde über. Später traten dieselben Erscheinungen auf der Streckseite der Finger auf. Die Diagnose lautet: Akanthosis nigricans; ein karzinomatöses Leiden wurde nicht gefunden. R. Frühwald-Leipzig.

Resultate der Opotherapie bei Addisonscher Krankheit, von V. Rodriguez Zúriga. (Rev. Ibero Amer., Juli 1914.) Verfasser hat gute Resultate durch Verabreichung von Nebennierensubstanz gesehen. Der Blutdruck wurde gehoben.
R. Frühwald-Leipzig.

Über einen Fall von Addisonscher Krankheit nach Trauma, von G. Riemann. (Diss. München, 1913.) Bei einem Bahnarbeiter ist drei Monate nach einem Unfall das ausgeprägte Bild des Morbus Addison entstanden und der Zusammenhang mit dem Trauma offensichtlich geworden. Es bestand eine auffällige, immer zunehmende Muskelschwäche, reine rasch zunehmende Pigmentierung und sehr starke psychische Depression. Gastrische Krisen waren weniger ausgeprägt. Der Patient steht noch in Behandlung.
F. Loeb-München.

Über gleichzeitige Addisonsche und Basedowsche Erkrankung, von Herm. Rössle-Jena. (Verh. D. path. Ges., München 1914.) Im vorliegenden Falle fand sich ein Morbus Addisonii klinisch und anatomisch mit einem Morbus Basedowi zusammen. Mikroskopisch zeigte die Nebenniere eine Granularatrophie fast nur der Rinde, die Schilddrüse das typische Bild einer Hyperplasie bei Basedowscher Krank-

Digitized by Google

heit. Dieser thyreo-suprarenale Symptomenkomplex spricht gegen die Wiener Auffassung, wonach bei BASEDOW durch die besonders innige Verkettung des Paares Nebenniere—Schilddrüse eine Überfunktion des Nebennierensystems mit Erregung des Sympathikus herbeigeführt werde. O. Gans-Freiburg i. Br.

Zur Kenntnis der xanthomatösen Geschwülste, von L. ARZT-Wien. (Verh. D. path. Ges., München 1914.) 1. Fall. Einjähriges Kind, bei welchem im Anschluß an Darmkatarrh und zahlreiche Abszesse am Rumpf, ebenfalls nur am Rumpf, jedoch an anderen Stellen lokalisiert, eine größere Anzahl halbkugeliger, linsen- bis haselnußgroßer Geschwülste von wechselnd hellroter bis zart blaßgelber bis gelber Farbe auftreten. Sie sind scharf von der Umgebung abgegrenzt, von intakter Haut bedeckt, von derber Konsistenz und gegen die Unterlage gut verschieblich. Histologisch handelt es sich zunächst um eine vorwiegend aus Spindel- und reichlich Riesenzellen aufgebaute Geschwulst mit Schwund des normalen Gewebes und der elastischen Fasern. Da in zeitlich (¼ Jahr später) exzidierten Tumoren jedoch Xanthomzellen vom Typus TOUTON und charakteristische doppelbrechende Kristalle gefunden wurden, will A. die Erkrankung nicht direkt als Xanthoma juvenile ansehen, sondern im ersten Untersuchungsmaterial ein Vorstadium desselben in Gestalt einer Bindegewebsproliferation, vielleicht sogar eines Fibroms.

In einem 2. Falle, 33jähriger Mann, von Prof. RIEHL auf der Wiener Tagung 1913 vorgestellt, ist der ganze Körper disseminiert mit Tumoren von Linsen- bis Hühnereigröße bedeckt; ihre zunächst rötliche Färbung wird immer mehr braun, zum Schluß gelb. Ein zum Schwunde der Prominenzen führender Rückbildungsvorgang hinterläßt als Endresultat an Stelle der ehemaligen Geschwulst eine pigmentierte, atrophische Hautinsel. Nach dem genau geschilderten histologischen Befund entwickelt sich das Krankheitsbild allem Anschein nach aus dem Bindegewebe der Kutis, welchem vielleicht ein Proliferationsstadium derselben vorausgeht. Durch degenerative Vorgänge kommt es zu Veränderungen im Protoplasma der Zellen, späterhin zum Auftreten von typischen Xanthomzellen. Auf Grund der verschiedenartigen Entwicklung zum Xanthom in den beiden Fällen möchte A. — wenn auch mit Vorbehalt — annehmen, daß das Xanthom nur eine Phase in einem Zelldegenerationsprozeß vorstellt, der entweder primär auftreten kann oder sekundär, nachdem eine Bindegewebsproliferation eine Vorstufe gebildet hat.

O. Gans-Freiburg i. Br.

Universelle Neurofibromatose (von RECKLINGHAUSENsche Krankheit), von C. A. ELLIOTT und A. F. BEIFELD-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 17. Okt. 1914.) Die Grundlage für diese Arbeit bildet die Krankengeschichte eines 16jährigen Knaben, bei dem die Diagnose HODGKINsche Krankheit, namentlich in der ersten Zeit der Tumorentwicklung, nicht unbegründet erschien; doch wurde die obige Diagnose auch durch die Biopsie bestätigt. Verff. führen verschiedene Momente aus dieser Beobachtung an zur Begründung ihrer Auffassung des Leidens als eine Äußerung des Status thymicoplasticus sive hypoplasticus. An derartigen Erscheinungen wurden bei dem Knaben konstatiert: Verdickungen lymphatischer Art am weichen Gaumen und spongiöse Schwellung des Zahnfleisches bei allgemein pastöser Beschaffenheit des Gesichts, mäßige Vergrößerung der Milz, Lymphdrüsenschwellungen und persistierende, vergrößerte Thymusdrüse. Die äußeren Zeichen der Pubertät waren wenig entwickelt, und beide Hoden waren nur unvollständig in das Skrotom hinuntergelangt. Bei der Untersuchung von einem der Tumoren wurden auch Mikroorganismen gefunden, doch konnte diesen eine besondere Bedeutung nicht beigelegt werden. Von verschiedenen anderen Verfassern ist schon an einen Zusammenhang des Leidens

Digitized by Google

mit Funktionsstörungen von verschiedenen der geschlossenen Drüsen gedacht worden und Verff. betrachten den Status lymphaticus als ein weiteres Glied in dieser Kette.

A. Philippi-Salzschlirf.

Beitrag zur Kenntnis der Schweißdrüsenadenome, von Giuseppe Frattin. (Policlinico, 15. November 1914.) Bei der 58jährigen Frau fand sich an der Innenseite der rechten großen Schamlippe ein erbsengroßer, glatter, von normaler Haut bedeckter Knoten von elastischer Konsistenz. Bei stärkerer Palpation fühlte man aber eine unregelmäßige, höckrige Resistenz innerhalb des Knotens. Die Haut war mit letzterem verwachsen. Der Tumor wurde exzidiert und erwies sich als ein Schweißdrüsenadenom; einige Unregelmäßigkeiten im Epithel und das rasche Wachstum in der letzten Zeit wiesen aber auf die Möglichkeit einer malignen Umwandlung hin. Es ist daher in solchen Fällen notwendig, rechtzeitig die Diagnose zu stellen und den Tumor zu exzidieren. Verfasser weist auf die makroskopische und mikroskopische Ähnlichkeit mit einem Ovarialzystom hin. R. Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der malignen Tumoren der Haut, von J. Sequeira. (Brit. m. J., 27. Febr. 1915.) Verfasser gibt eine Übersicht über die verschiedenen Behandlungsmethoden (Exzision, Röntgentherapie, Radiumtherapie, Diathermie, Kohlensäureschnee). H. Boas-Kopenhagen.

Radiotherapie der bösartigen Geschwülste, von Robert Kienböck-Wien. (Strahlenther., 1915, Bd. 5, Heft 2.) Die vorliegende Arbeit, welche die Drucklegung eines Referates darstellt, das Verfasser auf dem 17. internationalen medizinischen Kongreß in London hielt (August 1913), ist eine erschöpfende Zusammenfassung des heutigen Standes der Therapie der bösartigen Tumoren vermittels Röntgenstrahlen. Das erste Kapitel handelt von der Wirkung der Röntgenstrahlen im allgemeinen auf die malignen Geschwülste. Regression, Schwinden der Schmerzen, Nachlaß der Sekretion, Zurückgehen der Druckerscheinungen auf benachbarte Organe, Besserung des Allgemeinbefindens (Entgiftung des Organismus), Möglichkeit der völligen Heilung, sofern noch keine Metastasen vorhanden. Im folgenden Kapitel wird die Wirkung auf die einzelnen Geschwulstarten im speziellen besprochen, und zwar hauptsächlich nach den eigenen Erfahrungen des Verfassers. Es werden 35 Krankengeschichten mitgeteilt. Auf Grund seiner Fälle kommt K. bei den einzelnen Tumoren im wesentlichen zu folgender Anschauung: 1. Karzinom. Im allgemeinen der Einwirkung der Strahlen zugänglich, meist empfindlicher als gewöhnliches Bindegewebe. Die schmerzstillende Wirkung bleibt nur in seltenen Fällen aus. Es kann fast jedes Karzinom durch die Bestrahlung in günstigem Sinne beeinflußt werden, ganz geheilt werden jedoch nur verhältnismäßig wenige. Es soll daher, wenn ein chirurgischer Eingriff möglich ist, meist sofort zur Operation geschritten werden. 2. Sarkom; die lokale Wirkung ist ähnlich wie beim Karzinom. Heilung kommt jedoch meist nicht zustande, selbst wenn der nachweisbare Tumor durch die Behandlung ganz verschwindet, weil offenbar meist irgendwo Metastasen bestehen (zuweilen kennt man den primären Tumor gar nicht). Am besten auf die Bestrahlung reagieren die Sarkome der Lymphdrüsen und der Haut, das Melanosarkom der Haut und die Mykosis fungoides. 3. Lymphosarkom, malignes Lymphom, Hodgkinsche Erkrankung, Pseudoleukämie, Lymphogranulomatose. Diese reagieren im allgemeinen gut auf Röntgenstrahlen, oft tritt fast vollkommenes Schwinden der Geschwülste ein. Ganz bedeutende Hebung des Allgemeinbefindens, Rückgang des Fiebers, Schwinden der Schwäche und Mattigkeit. Lange Zeit können die Patienten arbeitsfähig und in gutem Zustande erhalten werden. Doch dann stellt sich das Rezidiv wieder ein, die Bestrahlungen müssen

Digitized by Google

wiederholt werden, bis schließlich die Kranken bei neuem Anwachsen der Geschwülste mit Abmagerung und Kachexie zugrunde gehen. 4. Myeloide und lymphatische Leukämie. Außerordentlich günstige Beeinflussung, Heilung jedoch noch in keinem Falle beobachtet.

Im dritten und vierten Kapitel verbreitet sich Verfasser über die allgemeine und spezielle Technik; Einzelheiten hierüber müssen im Originale nachgelesen werden. Aus den beiden folgenden, die einen Vergleich der Strahlenbehandlung mit unblutigen Mitteln einesteils und der Operation andernteils ziehen, sei hervorgehoben, daß hinsichtlich der unblutigen Mittel (intravenöse Injektionen von Cholin, Thrypsin, oder Darreichung von Arsen usw.) die Strahlenbehandlung, vor allem die Röntgenbehandlung, weitaus vorzuziehen ist, höchstens können diese unterstützend in den Bestrahlungspausen herangezogen werden. Einer kombinierten Behandlung redet Verfasser nicht das Wort. Was die operative Behandlung anlangt, so ist zu sagen, wenn die Chancen bei den Strahlen besser sind als beim Messer, so sind die Strahlen zu wählen, aber auch, wenn die Chancen dieselben sind, wären die Strahlen vorzuziehen und zunächst zu wählen. Bei großen oder tiefgelegenen Tumoren, in denen nach dem heutigen Stand der Kenntnisse die Strahlentherapie bedeutend schlechtere Resultate ergibt als die Operation, soll zuerst zum Messer gegriffen werden. Nach allen anscheinend gelungenen Exstirpationen (VII. Kapitel) soll jedoch eine Strahlennachbehandlung vorgenommen werden, um möglicherweise zurückgebliebene Herde zum Schwinden zu bringen. Hinsichtlich der Schädigungen durch Röntgenstrahlenbehandlung (VIII. Kapitel) ist eine solche der Haut unter allen Umständen zu vermeiden, weil man durch Erzeugung einer Dermatitis die Haut dauernd überempfindlich macht und „sich selbst die Hände bindet". Ist die Strahlenbehandlung ungenügend oder bleibt sie ganz aus, so ist es zu verwerfen, wenn dann noch stärker bestrahlt und an Stelle des Tumors ein Röntgenulkus gesetzt wird. Es tritt dann eine schwere Degeneration des Bodens der Geschwulst, des „Wirtgewebes" ein. Epitheliome, bei denen sich die Röntgenbehandlung als refraktär erweist, zeigen durch weitere Fortsetzung der Behandlung eine rasche Verschlechterung, es wird dann statt des kurativen der konträre Effekt erzielt. Die Annahme, daß zu schwache Bestrahlungen auf die Tumoren stimulierend wirken, ist ganz von der Hand zu weisen nach Ansicht des Verfassers. Bei der stimulierenden Wirkung der Strahlen auf Zellen und Gewebe sind zwei Arten zu unterscheiden: 1. Reizwirkung als Vorreaktion, lokal und allgemein, es ist dies ein rasch vorübergehendes und im allgemeinen bedeutungsloses prodromales Stadium im Verlaufe eines degenerativen Zellprozesses. Allgemein kann dabei Mattigkeit, Übelkeit, Erbrechen und Fieber auftreten: initiales, rasch vorübergehendes Exzitationsstadium. 2. Reizwirkung als Hauptreaktion, die nicht von Degeneration gefolgt ist. Dieser ist bei der Behandlung maligner Tumoren nur geringe Bedeutung beizulegen, denn erstens ist die Reizwirkung verhältnismäßig gering und zweitens nur an ganz engbegrenzte Dosen gebunden, es sind dies gerade an der Wirkungsschwelle liegende Lichtmengen „Schwellendosen". Es können daher „Reizdosen" bei wenig empfindlichen Tumoren, absolut genommen, große Dosen sein und nur bei sehr empfindlichen Tumoren ganz kleine Lichtmengen. Es ist deshalb keineswegs als allgemeingültiges Gesetz hinzustellen, daß kleine Dosen Reizdosen seien, die das Wachstum der bösartigen Geschwülste beschleunigten; kleine Dosen sind vielmehr im allgemeinen ganz unwirksam. Damit entfällt auch die Befürchtung, daß die Strahlentherapie bei bösartigen Geschwülsten gefährlich und deshalb zu vermeiden sei. Nur in manchen sehr seltenen Fällen von Karzinom und Sarkom

Digitized by Google

scheinen die Bestrahlungen beträchtlich zu schaden, wenn z. B. eine starke akute Infiltration der Geschwulst und ihrer Umgebung vorhanden ist. Dadurch würde ein ungünstiges Verhältnis in der Radiosensibilität des meist bindegewebigen Bodens der Geschwulst einerseits und des Tumorgewebes andererseits bestehen in dem Sinne, daß das Tumorgewebe weniger empfindlich gegen die Strahlen wäre als der Boden. Dies ist jedoch das Umgekehrte des gewöhnlichen Verhaltens. Bezüglich der Bedeutung der Strahlenbehandlung, wovon das letzte (IX.) Kapitel handelt, unterscheidet Verfasser folgende Gruppen von Fällen: 1. Ganz inoperabele Fälle. Hier kann die Strahlenbehandlung oft Besserung, zuweilen sogar Heilung bringen, jedenfalls Verkleinerung des Tumors und Beseitigung der Schmerzen. 2. In manchen operabel erscheinenden Fällen ist die Strahlenbehandlung lokal wirksamer als die Operation; auch führt sie rasch zu einer Hebung des Allgemeinzustandes durch Unterdrückung der Giftbildung in den Tumoren. 3. Auch in den operabelen Fällen, wo Operation und Strahlenbehandlung gleiche Chancen bieten, ist die letztere dank ihrem schonenden Charakter ein Fortschritt. 4. Die Bedeutung der Kombination von Operation und Strahlentherapie ist in vielen Fällen nicht gering. 5. Die prophylaktische Nachbehandlung mit Strahlen ist schließlich ebenfalls häufig von guter Wirkung. Jedenfalls ist die bisherige fast gänzliche Hilflosigkeit der Ärzte in inoperabelen Fällen nunmehr beseitigt. H. Rausch-Darmstadt.

Beitrag zur Zellerschen Pastenbehandlung, von Lange. (B. kl. W., 1914, Nr. 27.) Verfasser hat mit der Zellerschen Paste experimentelle und klinische Studien vorgenommen, letztere an 3 Karzinomfällen. Das Ergebnis der Untersuchungen gipfelt darin, daß der Paste eine elektive Wirkung auf die Gewebe nicht zukommt, vielmehr karzinomatöses und gesundes Gewebe abstirbt, soweit die Pastenwirkung reicht, und daß nach wie vor bei allen Arten von Geschwülsten einzig und allein die Operation in Frage kommt. Weder bedeutet die schon einmal in Vergessenheit geratene Paste eine Verkürzung noch ein schmerzloseres Heilverfahren. Sie hat ausgedehntere Narbenbildungen im Gefolge, die sich durch Operationen ebenfalls erheblich geringer gestalten lassen. In der Nähe von großen Nerven und Gefäßen ist ihre Anwendung direkt gefährlich. E. Klemm-Leipzig.

Handkrebs als Spätfolge einer Kriegswunde? von H. Coenen. (B. kl. W., 1914, Nr. 35.) Verfasser berichtet über ein den ganzen Handrücken einnehmendes, mikroskopisch als Plattenepithelkrebs festgestelltes Karzinom, das sich im Bereiche einer alten Feldzugsnarbe aus dem Jahre 1866 nach 47 Jahren entwickelt hatte, ein Fall, der bei der Häufigkeit, die sich für die Handschüsse im Kriege herausgestellt hat, des aktuellen Interesses nicht entbehrt. E. Klemm-Leipzig.

Paraffinkrebs; Teer- und Petroleumprodukte als Ursachen der chronischen Reizung und des Krebses, von Benjamin Franklin Davis-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 30. Mai, 1914.) Bei Arbeitern in Teer-, Petroleum- und Anilinwerken, bei Takakpfeifenrauchern, bei Schornsteinfegern, bei Betelnußkauern werden häufiger Karzinome auf der Haut oder den Schleimhäuten beobachtet. Verfasser möchte als ätiologischen Faktor nicht so sehr das mechanische Moment, d. h. die Einwirkung der Fremdkörper auf die Haut oder die Schleimhäute, sondern vielmehr die chronische Reizung durch chemische Stoffe, die in den Teer- und Petroleumprodukten usw. enthalten sind, betrachtet wissen. H. Fendt-Wiesbaden.

Über die Röntgenbehandlung des Hautkrebses, von J. Nordentoft. (Ugeskrift for Laeger, 1914, Nr. 36.) Verfasser wendet die von Kienböck vorgeschlagene „Expeditivmetode" an: die ganze für die Heilung notwendige Strahlenmenge in einer oder jedenfalls in ganz wenigen, schnell aufeinanderfolgenden Sitzungen zu geben. Er er-

Digitized by Google

wähnt 21, im wesentlichen fertig behandelte Fälle. Von diesen sind 16 geheilt und haben kein Zeichen eines Rezidivs während eines Zeitraums gezeigt, der von etlichen Monaten sich bis auf drei Jahre erstreckt. Zwei sind geheilt, kamen aber mit einem Rezidiv wieder, das während der Behandlung bedeutend gebessert wurde. Zwei sind so gut wie geheilt, ihre Behandlung ist aber noch nicht abgeschlossen.

W. Holland-Kristiania.

Über intraepidermoidale Krebsausbreitung und die unter dem Namen „Paget-Krebs" bekannte Erkrankung der Haut, von K. Zieler-Würzburg. (Verh. D. path. Ges., München 1914.) Nach kritischer Beurteilung seiner eigenen Veröffentlichungen und der neueren Befunde anderer Verfasser kommt Z. zu dem Schluß, daß die Pagetsche Erkrankung nichts anderes ist als der klinische und anatomische Ausdruck des intraepidermoidalen Wachstums eines Karzinoms von Anfang an. Der Krebs kann ein Drüsen- oder Epidermiskarzinom bzw. Melanokarzinom sein. (Mit Recht weist Kyrle auf die Gefahr hin, die eine Bezeichnung anderer als der ursprünglich von Paget gekennzeichneten Brusterkrankung mit „Pagetca" für die Klarheit der Krankheitsbilder haben muß. Der Ref.) O. Gans-Freiburg i. Br.

Über beginnenden Paget-Krebs und über Ekzem bei Karzinom der Mamma, von A. Dietrich-Köln. (Verh. D. path. Ges., München 1914.) D. untersuchte einen wallnußgroßen, in nächster Nähe der Mammilla gelegenen Tumor aus der Brustdrüse einer 56jährigen Frau, deren Mamma in bezug auf die Epidermis klinisch nichts Besonderes gezeigt hatte. Er fand nun in der Epidermis der Mammilla so überaus typische und für vorgeschrittenen Paget charakteristische Erscheinungen, daß er sie als Anfangsstadien dieser Erkrankung ansehen mußte. Diese Paget-Veränderungen standen nun im Zusammenhang mit der Krebswucherung, die sich vom Grunde der Mammilla mehr oder weniger weit in die Milchgänge hinein erstreckte bis zu einem größeren Knoten, der alveoläre Krebsbildung von plattenepithelartigem Charakter, wenn auch ohne Verhornung und ohne Auftreten von Stachelzellen zeigte. Da klinisch noch jegliches Paget-Symptom fehlte, schließt D., daß Karzinome der Milchgänge, mehr oder weniger oberflächlich gelegen, durch intraepidermoidales Vordringen von der Mammilla aus die Paget-Erscheinungen hervorrufen.

In einem anderen Fall beobachtete D., wie sich über einem klein-alveolären Szirrhus, der die ganze Mamma eingenommen hatte, ein außerordentlich ausgedehntes Ekzema keratodes gebildet hatte; er bezieht dessen mächtige Entwicklung auf die diffuse Ausbreitung der szirrhösen Wucherung im Korium. D. stellt daher zwei verschiedene Folgezustände einer Wechselwirkung von Karzinom und Epidermis einander gegenüber: den Paget-Krebs als Ausdruck des intraepidermoidalen Karzinomzuwachstums und des Ekzema keratodes als Folge einer intrakutanen szirrhösen Wucherung. O. Gans-Freiburg i. Br.

Diagnostik der Varietäten der Hautepitheliome und die sich daraus ergebenden prognostischen Konsequenzen, von J. Peyri (ohne Quellenangabe). Die Ausführungen werden in folgende Schlußsätze zusammengefaßt: Die Hautepitheliome treten in klinisch und histologisch gut definierten und erkennbaren Formen auf; jedem klinischen Typus entspricht ein histologischer. Jedem dieser Typen entspricht ein eigener Verlauf. Die Prognose hängt ab von der klinischen Form, von dem histologischen Aufbau, vom Sitz und von der Verlaufsweise.

R. Frühwald-Leipzig.

Radiumtherapie der Hautepitheliome mit Einzel- oder Massivdosen, von A. Schuyler Clark-New York. (J. Am. m. Assoc., 9. Mai 1914.) Verfasser hat

Digitized by Google

früher schon die Hautepitheliome mit Einzeldosen von Röntgenstrahlen behandelt und hat hierbei weniger Rückfälle gesehen als bei der Behandlung mit geteilten Dosen. Diese Erfahrung ausnutzend, behandelt er jetzt die Hautepitheliome auch mit Einzel- oder Massivdosen von Radium. Er arbeitet mit einer Zelle, die 2,55 mg Radiumbromid enthält mit einer Radioaktivität von 1 300 000. Die Bestrahlungen dauern 12—24 Stunden, je nach der Tiefe und der sonstigen Art der Erkrankung. Die kosmetischen Erfolge werden als äußerst günstig bezeichnet.

H. Fendt-Wiesbaden.

Epitheliom der Lider, von C Fisher-Rochester. (J. Am. m. Assoc., 29. Aug. 1914.) Verfasser verfügt über eine Serie von 88 Fällen von Epitheliom (Ulcus rodens) der Augenlider, und nach seinen Erfahrungen ist die operative Behandlung, Exzision des Tumors mit oder ohne nachherige Applikation des Glüheisens oder auch, bei geringem Umfang des Tumors und je nach der Lokalisation, Zerstörung mit dem Glüheisen allein, die rationellste Therapie. Sonstige Behandlungsmethoden mit Radium, Röntgenstrahlen oder Ätzpasten kommen erst in zweiter Linie in Betracht, da sie unsichere Resultate liefern und langwierige Kuren darstellen. Es ist beachtenswert, daß von allen den fünf Patienten der ganzen Serie, welche bei der Aufnahme eine Beteiligung der Lymphdrüsen aufwiesen, nur einer noch nicht mit Pasten oder Röntgenstrahlen behandelt worden war. Überhaupt kamen die Kranken durchweg spät zur Behandlung; im Durchschnitt hatte das Gewächs fünf Jahre schon bestanden und war in einigen Fällen 15—25 Jahre alt. Die Resultate waren gut bei allen Fällen, bei denen der Tumor auf Augenlid und Kanthus beschränkt war. Von 33 solchen Fällen blieben 94% geheilt und mindestens ein Jahr rezidivfrei; sobald die Orbita mit beteiligt ist, stellt sich das Resultat ganz anders dar, und bei 13 solchen Fällen mußten 80% als nicht dauernd geheilt geführt werden.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zwei Fälle von Lymphosarkom des Halses. Chirurgische Entfernung in Verbindung mit Radium- und Röntgentherapie, von Bégouin-Bordeaux. (Strahlenther., 1915, Bd. 5, Heft 2.) In dem einen Falle handelte es sich um einen Tumor von der Größe einer länglichen Orange an der linken Vorderseitengegend des Halses. Bei der Operation erwies sich der Tumor aus einer breiigen Masse bestehend, die auseinander bröckelte und stark blutete. Nach Entfernung der Hauptmasse blieben überall nicht exstierpierbare Geschwulstteile zurück. Die Operation war also unvollkommen. Am vierten Tage danach wurde ein 18 cg reines Radiumbromid enthaltendes Röhrchen mit 0,3 mm Silberfilter eingeführt und 28 Stunden lang belassen. Sechs Tage später nochmals acht Stunden lang. Danach wurden intensive Röntgenbestrahlungen vorgenommen, hohe Dosen, 8—9 H, mit 3—4 mm Alum.-Filter. Acht Monate nach der Operation war das Operationsgebiet weich, ohne jede Tumorbildung, keine Spur eines Rezidivs, der allgemeine Gesundheitszustand war vollkommen zufriedenstellend. Der zweite Fall ähnelte nach Sitz und Größe dem ersten und wurde in ähnlicher Weise behandelt mit gleichem Resultate. In beiden Fällen war übrigens durch die histologische Untersuchung die Diagnose Lymphosarkom gesichert. Wenn auch die Beobachtung noch zu kurz ist, um von definitiver Heilung zu sprechen, so ist doch der erzielte Erfolg sehr beachtenswert in Anbetracht dessen, was die Chirurgie allein bei den Lymphosarkomen mit unvollkommener Operation auszurichten vermag.

H. Rausch-Darmstadt.

Digitized by Google

Regressive Ernährungsstörungen.

Über phlebogene Schmerzen, von L. EDINGER. (B. kl. W., 1914, Nr. 11.) Schmerzen durch Varizen in den Venen sind kein seltenes Vorkommnis. Daß sie vielfach verkannt, daß andere Diagnosen, namentlich die der Ischias und des Muskelrheumatismus gestellt werden, ist bekannt. Praktisch am wichtigsten ist die Therapie. Bewegung, Hochlagerung der Beine usw. ist natürlich nützlich, aber beides bewahrt nicht vor der meist gegen Abend eintretenden Anfüllung mit ihren Schmerzen. Sehr zweckmäßig ist eine nicht zu feste Kompression des Zufuhrgebietes, also bei Schmerz in der Kniekehle etwa die des Unterschenkels. Wegen der Möglichkeit der Anstauung bedarf es immer der Versuche, wie hoch herauf sie gelegt werden darf, und wegen der Kompression der äußeren Venen der Versuche, wie fest sie sein soll. Mäßige Kompression der Peripherie durch einen Gummistrumpf mit seitlicher Schnürung ist das beste. G. Heymann-Elbing.

Die Behandlung der Krampfadern und der Unterschenkelgeschwüre, von O. NORDMANN-Berlin. (M. Kl., 1914, Nr. 48.) NORDMANN betont, daß die Hauptschwierigkeit der Heilung der varikösen Unterschenkelgeschwüre — dieser Crux medicorum — darin liegt, daß die notwendigste Maßnahme: „Beseitigung des Kausalmomentes, d. h. vieles Stehen und schlechte Hautpflege", infolge der sozialen Stellung des Patienten undurchführbar ist. NORDMANN verwirft die Gummistrümpfe und empfiehlt eher die STEPHANschen Strümpfe aus Leinen mit eingenähten Dochten, ferner regelmäßiges Wickeln der Beine mit der TEUFFELschen Krampfaderbinde jeden Morgen vor dem Verlassen des Bettes; Hochlagerung der Beine während der Nacht und, wenn irgend möglich, auch stundenweise am Tage. Anregung der Zirkulation durch Massage; rissige und ekzematöse Haut mit Zinköl einfetten. Bestehende Ulzera müssen durch Kamillenbäder und feuchte Verbände mit 3% Borsäure oder Kampferwein gereinigt werden; bei letzteren kein BILLROTH-Battist, das gereinigte Geschwür mit Argent. nitr.-Perubals.-Salbe oder Pellidolsalbe, die umgebende Haut mit Zinköl verbinden. Dann gibt er eine ausführliche Darlegung der Technik für die Anlegung von Zinkleimverbänden oder BAGUTONschen Heftpflasterverbänden mit Klebrobinden (TEUFFEL-Stuttgart), vgl. Original. NORDMANN ist der Meinung, daß die syphilitische Natur der Ulcera cruris häufig übersehen wird und daß man viel häufiger Jod geben sollte; eventuell Transplantation. O. Lasch-Breslau.

Zur pathologischen Anatomie und Histologie der Venennaht, speziell der sapheno-femoralen Anastomose bei Varizen, von ERICH HESSE und WILHELM SCHAACK-Petersburg. (Beitr. z. kl. Chir., 1914, Bd. 89, Heft 2 u. 3.) Die Untersuchung eines 515 Tage alten Präparates einer Venennaht vom Menschen ergibt: Um die Nahtstelle herum besteht nach dieser Zeit eine kleinzellige Infiltration. Die Seidenfäden rücken von der Intima ab und werden auch in der bisher längsten Beobachtungszeit nicht resorbiert. Die Muskelelemente sind in allen Schichten der Gefäßwand erheblich verringert, teilweise sogar vollständig geschwunden. Das Bindegewebe ist stark vermehrt und wird eine erhebliche hyaline Degeneration beobachtet. Die elastischen Elemente unmittelbar an der Nahtstelle sind verringert. Die wellenförmige Anordnung ist gestört und die Kontinuität der einzelnen Faserbündel unterbrochen. Die elastischen Fasern sind in allen Schichten der Gefäßwand der transplantierten Saphena gut erhalten. Somit erhält die Saphena ihren elastischen Apparat, und verstärkt ihn scheinbar unter dem Einfluß der verstärkten Funktion. W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Zur Therapie der Hämorrhoiden, von SEEMANN-Berlin. (Klin. ther. Wschr., 1913, Nr. 43.) Verfasser empfiehlt die Pessar-Suppositorien BRAUN. Dieses Instrument dient in seiner Eigenschaft als Pessar dazu, durch längeren Druck auf die Hämorrhoiden diese zum Abschwellen und Schwinden zu bringen. Zu diesem Zwecke ist ein Mantel aus Hartgelatine vorgesehen, unter welchem die Salbenmasse langsam schmilzt und welcher bis zu seiner eigenen Auflösung (etwa 20—30 Minuten Dauer) gleich einer Weichgummipelotte mit sanftem wohltuendem Druck auf die Hämorrhoiden wirkt. Die dann einwirkende Salbenmasse hat die Zusammensetzung: Resorcini 0,025, Bismuth. oxyjodtannat. 12,5, Zinc. oxydat. 12,5, Ol. cacao 74.85. In schweren Fällen wird jeden Abend ein Stück eingeführt. Verfasser hat mit Erfolg viele Fälle damit behandelt und bringt vier Krankengeschichten.

B. Junghanns-Dresden.

Zur Therapie des Hämorrhoidalleidens, von J. JÜNGFRICH-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 44.) Ein gutes Mittel zur Bekämpfung des Hämorrhoidalleidens und seiner Nebenerscheinungen soll das Bismolan sein (Vial & Uhlmann), das sowohl als Suppositorium als auch als Bismolangleitsalbe in den Handel kommt.

A. Fischer-Dresden.

Behandlung varikröser Ulzerationen mit Käse, von G. O. WILLIAMS-Greene (M. Record, 13. Sept. 1913.) Seit Monaten bestehende offene Geschwüre an der Vorderseite des Unterschenkels einer 50jährigen Frau zeigten bei der ersten Beobachtung Durchmesser von 5 × 7 cm; dabei waren der ganze Unterschenkel und Fuß dick geschwollen. Verfasser legte Verbände mit frischem Käse an („Quark"), den er mit gleichen Teilen Sahne und Wasser verdünnte, um eine pastenartige Konsistenz zu bekommen. Der frisch angelegte Verband war gewöhnlich schmerzhaft und mußte alle 5—6 Stunden erneuert werden, weil er innerhalb dieser Zeit vollkommen eingetrocknet war. Unter dieser Behandlung trat ganz auffällige Besserung ein, binnen weniger als drei Wochen war alles mit glatter Narbe geheilt, obwohl die Patientin dauernd auf den Füßen gewesen war und schwere Arbeit verrichtet hatte.

W. Lehmann-Stettin.

Chirurgische Behandlung des varikösen Ulkus durch totale Resektion der Varizen, von CHAZALNOEL. (Thèse de Paris, 1913.) Venenligaturen und partielle Resektionen führen leicht zu Rezidiven, während von einer möglichst ausgiebigen Totalexstirpation der kranken Venen Dauerresultate zu erwarten sind. Dabei ist diese eingreifende Methode im allgemeinen weder von alsbaldigen noch späteren ernsten Komplikationen gefolgt. Sie ist auch prophylaktisch wertvoll.

F. Loeb-München.

Behandlung des chemischen Ulcus cruris, von W. R. SPEIRS-Southport. (Brit. m. J., 27. Dezember 1913.) Verfasser hat seit mehreren Jahren nach folgender Vorschrift behandelt: Nach gründlicher Reinigung der betreffenden Extremität mit warmem Wasser unter Zusatz von Karbolsäure und Verwendung von Karbolseife wird, ohne erst abzutrocknen, das Ulkus samt Umgebung einem Spray von reiner schwefeliger Säure ausgesetzt. Tiefere Höhlungen der Geschwüre werden dann mit pulverisierter Borsäure ausgefüllt. Dann wird das ganze Glied mit Heftpflasterstreifen in der bekannten Weise umwickelt. Unmittelbar vor dem Anlegen werden die Heftpflasterstreifen in eine heiße Lösung von 5%iger Karbolsäure getaucht. Zum Schluß wird mit einer Binde umwickelt, und der Patient kann, sobald der Verband trocken geworden ist, sich entfernen. Gewöhnlich kann der Verband außer im Anfang der Behandlung und bei stark eiternden Geschwüren acht Tage liegen bleiben.

A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Eine Modifikation des Unnaschen Zinkleimverbandes, ein Beitrag zur Behandlung des Ulcus cruris, von J. Priester-Budapest. (W. m. W., 1914, Nr. 46.) Die Behandlungsvorschrift besteht darin, nach der Reinigung das Geschwür mit einem passenden Stück Billroth-Battist zu bedecken. Hierauf wird der Unterschenkel mit Zinkleim bestrichen, über den Billroth-Battist kommt Xeroform- und andere Gaze, dann werden eine bis zwei Mullbinden angelegt und gleichzeitig mit Zinkleim getränkt; nach dem Festwerden des Verbandes kann der Patient auftreten, der Verband wird gewechselt, sobald die Wundsekrete durchdringen.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Behandlung des Ulcus cruris chronicum mit Radiumemanation, von Dr. Johann Saphier-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 19.) Der Verfasser hat bei insgesamt 21 Fällen von Unterschenkelgeschwüren das Radium verwendet, und zwar anfangs in der Form eines Emanationswassers von 20 000—30 000 ME., später auch in Form von pulverisierten Radium-Keil-Tabletten. Mit emanationshaltigem Wasser getränkte Wattelappen wurden auf die vorher mit Wasserstoffsuperoxydlösung gereinigten Ulzera appliziert, der Umschlag wurde mit Billroth-Battist oder Guttaperchapapier abgedichtet und durch Verband befestigt; am nächsten Tage wurde ein Borsalbenverband angelegt, nur bei schwacher Reaktion wurde der Radiumumschlag wiederholt. Die Radium-Keil-Tabletten, die als Streupulver zur Verwendung kamen, verursachten in den ersten Stunden nach der Applikation sehr heftige Schmerzen. Zehn Fälle konnten geheilt entlassen werden, sechs Fälle zeigten eine wesentliche Besserung und fünf Fälle erwiesen sich refraktär. Es scheint notwendig, eine Auswahl der für die Behandlung mit Radium geeigneten Fälle zu versuchen; jedenfalls ist die Radiumemanationsbehandlung als eine Bereicherung der therapeutischen Behelfe gegen diese oft sehr hartnäckige Krankheitsform zu bezeichnen.

W. Lehmann-Stettin.

Einige praktische Punkte bei der Behandlung von Unterschenkelgeschwüren, von A. Ravogli-Cincinnati. (J. Am. m. Assoc., 1. August 1914.) Die Ulzerationen haben drei Perioden aufzuweisen: 1. Nekrose, 2. Schorfbildung, 3. Heilungsprozeß. Nach diesen muß sich die Behandlung richten. Die erste Periode, die Nekrose, zeigt akute Entzündungserscheinungen und ist schmerzhaft. In diesem Stadium dürfen weder Salben noch Pasten angewendet werden, da sie die Schorfablösung der gangränösen Massen erschweren, Sekretionsretentionen veranlassen und die Entzündungserscheinungen vermehren. Am besten wirken hier 80—90° F heiße antiseptische Lösungen von Natrium bicarbonicum oder biboracicum; bei übelriechenden Geschwüren Sublimatlösungen 1:5000—2000. Sobald die Wunde nicht mehr riecht, muß man jedoch zu milderen Antiseptizis zurückkehren, da das Sublimat zu sehr reizt. In manchen Fällen, besonders wenn der Bacillus pyocyaneus gefunden wird, sind heiße 1—2%ige Phenollösungen sehr nützlich. Die Schmerzen verschwinden bald bei horizontaler Lage mit etwas erhobenem Beine. Sobald sich die Oberfläche des Geschwürs gereinigt hat, müssen Mittel angewendet werden, welche die Granulationen fördern, die Sekretion aufheben und die Oberfläche sterilisieren. Jetzt können Salben angewendet werden, z. B. 10—50%ige Perubalsamsalbe. Zur Epithelisierung sind sauerstoffproduzierende Mittel die besten. Unna empfiehlt hierzu besonders das Acidum pyrogallicum und das Ichthyol. Ravogli gebraucht Diachilonsalbe, eine Drachme Ichthyol auf eine Unze Salbe, auch Petroleum mit 2% Borsäure. Bei sehr schmerzhaften und reizbaren Geschwüren gebraucht er eine Mischung von 20 Gran Kalomel auf eine Unze Unguentum zinci benzoatum. Sehr empfohlen wurde der Gebrauch von Scharlachrotsalben; sie verursachen jedoch

Digitized by Google

unter Umständen Vergiftungen mit Nierenaffektionen und Albuminurie, und Dermatitis. Ferner werden empfohlen basisches Fuchsin und Pasten mit Pikrinsäure. Nach R.s Erfahrung muß man Pasten vermeiden, da sie eine dicke Kruste bilden, den Abfluß des Serums verhindern, die Granulationen reizen, die Eiterung vermehren und die Keratoplastik verhindern. Sobald die Oberfläche frei von nekrotischem Detritus ist, muß man sein Augenmerk auf den Heilungsprozeß richten. Um die Granulationen in Schranken zu halten, muß man alle 2—3 Tage mit 3—6%igen Argentumlösungen oder mit Jodtinktur pinseln und zum Schluß Salbenverbände anlegen. Bei Verdacht auf Syphilis Merkur.-Pflaster. Oft ist chirurgische Behandlung notwendig; die kallösen Ränder müssen entfernt werden, Inzisionen nach NUSSBAUM, eventuell Transplantation von Epidermis nach THIERSCH müssen vorgenommen werden. Bei großen Varikositäten müssen Venen unterbunden oder exstirpiert werden. Bei Lues Medikation von Jodkalium, bei Konstipation und Gicht der Gebrauch alkalischer Purgative, bei Anämie und Unterernährung Eisen, Digitalis, Nux vomica. Nach der Heilung müssen Rückfälle verhütet werden. Täglich zweimal baden, Massage mit 2%iger alkoholischer Phenollösung, abtrocknen und pudern mit Reispuder oder Talkum. Ferner soll der Patient bei Tage einen gut gefütterten, elastischen Strumpf tragen. F. John-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Plötzlicher Tod nach einer Lumbalpunktion, von VEDEL, ROGER und BLOUQUIER DE CLARET. (Prov. méd., 1914, Nr. 28.) Bei einem Syphilitiker traten bereits kurze Zeit nach Erwerb des Schankers, während gerade, noch nicht charakteristisch, die Roseola erschien, Erscheinungen von Meningitis auf, die durch die Beschaffenheit der bei einer Lumbalpunktion erhaltenen Spinalflüssigkeit bestätigt wurde. Auf merkurielle Behandlung hin trat Besserung ein, so daß Patient nach sechs Wochen mit nahezu vollständig normalem Liquor das Krankenhaus verließ. Bereits zwei Wochen später hatten sich die meningitischen Erscheinungen in derselben Stärke wieder eingestellt, so daß eine erneute Lumbalpunktion vorgenommen wurde, nunmehr die vierte an diesem Patienten. Während die ersten drei Punktionen durchaus gut vertragen worden waren, trat kurze Zeit nach dieser Punktion heftigste Exazerbation der Kopfbeschwerden und im ganzen vier Stunden nach der Punktion der Tod unter den Erscheinungen der Asphyxie ein. Nach Ansicht der Verfasser weist die respiratorische und zirkulatorische Paralyse, unter deren Erscheinungen der Exitus erfolgte, auf einen bulbären Chok als Ursache hin, der seinerseits wieder veranlaßt worden sein soll durch einen Druck des Kleinhirns gegen den Bulbus infolge raschen Ausströmens der Zerebrospinalflüssigkeit. Auffallend ist die reichliche Menge des abgelassenen Liquors (20 ccm). Die klinische Entwicklung der Fälle stellen sich Verfasser so vor, als ob aus der zuerst diffusen Meningitis sich eine abgeschlossene, seröse, zirkumskripte Meningitis der Kleinhirnregion gebildet habe.

E. Klemm-Leipzig.

Die Heilung der verschiedenen Formen des chronischen Rheumatismus und der Arthritis deformans auf dem Wege urogenitaler Chirurgie, von E. FULLER-New York. (M. Record, 18. Okt. 1913.) Verfasser teilt eine Reihe Krankengeschichten mit, in denen die von ihm angegebene Eröffnung der Samenbläschen zu den weitgehendsten Konsequenzen geführt hat. Nicht nur blennorrhoische Erkrankungen der Gelenke, sondern auch andere rheumatische Leiden sind auf diesem Wege der Heilung

Digitized by Google

zugeführt worden. Die mitgeteilten Krankengeschichten sind nur eine Probe aus einer Serie von 346 Fällen, die Verfasser bisher auf diesem Wege behandelt hat.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Felde. Zugleich ein Beitrag zur Pathogenese des Ulcus molle von C. Bruck-Altona. (M. m. W., 1915, Nr. 4.) In einer größeren französischen Stadt konnte Verfasser in vielen Fällen bei Erkrankung von Soldaten an Geschlechtskrankheiten das infizierende weibliche Individuum feststellen und ins Krankenhaus zur Untersuchung und Behandlung abführen lassen. Er konstatierte dabei, daß gelegentlich eine Frauensperson massenhaft Ducreysche Streptobazillen im Urethral- und Vulvarschleimhautsekret beherbergen und bei Männern typische Ulcera mollia hervorrufen kann, ohne selbst irgend eine Spur eines Ulcus molle klinisch aufzuweisen. Auch fiel es Verfasser auf, daß ebenso bei blennorrhoischer Infektion das Sekret der Zervix oft massenhaft Gonokokken enthielt, ohne irgendwelche klinische Erscheinungen an der Schleimhaut hervorgerufen zu haben. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Bedeutung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten im Felde, von Lenzmann. (M. m. W., 1915, Nr. 7.) Die Zahl der Geschlechtskranken beim Heere ist immerhin keine ganz geringe, und die für die Besatzungstruppen in Belgien bei Kriegsbeginn erlassene Verfügung, alle derartig erkrankten Krieger in die Heimat zur Behandlung zu überweisen, wurde bald aus verschiedenen Gründen wieder aufgehoben. Verfasser hat in Brüssel als Chefarzt eines Feldlazaretts bereits 450 Fälle zu behandeln gehabt, wobei sowohl Lues als auch Ulcus molle und Blennorrhoe vertreten waren. Für die Syphilisbehandlung hat er dabei das Neosalvarsan bevorzugt; er gibt in der Regel im Laufe der ersten neun Tage mit dreitägigen Intervallen vier intravenöse Injektionen, im ganzen 1.35 Neosalvarsan, mit der kleinen Dosis I beginnend und bis auf 0,45 für die zwei letzten Gaben steigernd. Hieran schließt sich dann eine Quecksilberkur, wobei Hydrargyrum salicylicum in Dosen von 0,1 in Paraffinum liquidum mit viertägigen Zwischenräumen intramuskulär verabreicht, sich als ein sehr zweckmäßiges Verfahren bewährte. Zur Kontrolle der Resultate bedient sich L. des v. Dungernschen Syphilisdiagnostikums — für zweifelhafte Fälle wird allerdings die exakte Wassermann-Reaktion herangezogen. Es gelingt auf diese Weise, sehr viele Kranke in relativ kurzer Zeit wieder dienstfähig zu entlassen. Zur Behandlung der Blennorrhoe kommt zunächst Protargol in Betracht; nach Zurückgehen der eitrigen Sekretion werden Spülungen mit Kalium permanganicum und schließlich Injektionen mit Zinc. sulphuric. und Plumbum aceticum nach altbewährtem Muster gebraucht. Ulcera mollia werden mit Acid. carbol. liquef. betupft und sonst antiseptisch behandelt. A. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Unsere Wiener Kollegen Dr. Benjamin Lipschütz, gewesener Assistent der Abteilung von Prim. Dr. Rusch am Krankenhause Wieden, Dr. Wilhelm Lier, Assistent der Abteilung von Prof. Ehrmann, und Priv.-Doz. Dr. Richard Volk befinden sich unter den Kriegsgefangenen der Besatzung von Przemysl.

Dr. Moriz Ehrlich, Spezialarzt für Hautkrankheiten in Dresden, hat das Eiserne Kreuz erhalten.

Prof. Franz von Krzysztalowicz-Krakau ist zurzeit als Abteilungschef im Festungsspital Nr. IV in Krakau tätig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

24. April 1915 | Nr. 17 | Band 60

Beiträge zur Histopathologie der Tierhaut.

Von

Dr. Louis Merian, Zürich.

In der vorliegenden Arbeit habe ich versucht, einen Beitrag zur vergleichenden pathologischen Anatomie der Menschen- und Tierhaut zu liefern. Bei der Schilderung der histologischen Bilder habe ich mich der in der menschlichen Dermatologie gebräuchlichen Ausdrücke bedient.

Die Hautstücke wurden im steigenden Alkohol gehärtet und in Zelloidin eingebettet. Zur Färbung der Schnitte bediente ich mich nicht nur der überall gebräuchlichen Methoden, die hauptsächlich nur eine Kernfärbung der Zellelemente bewirken, sondern der von Unna angegebenen Protoplasmafärbungen, der polychromen Methylenblau-Glyzerinäther-Methode und der Pappenheim-Unnaschen Methode.

Obwohl ich mir bewußt bin, daß das mir zur Verfügung stehende Material viel zu klein ist, um das in der Histopathologie der Tierhaut herrschende Dunkel zu lichten, so glaube ich doch, daß es mir gelungen ist, einige neue Tatsachen zu finden und neue Gesichtspunkte festzustellen, die für die Beurteilung der Tierhautkrankheiten von Wichtigkeit sind. Bei der Deutung sehr schwieriger Verhältnisse habe ich den stets hilfreichen Rat meines hochgeehrten Lehrers, Herrn Professor Unna, eingeholt, den er mir auch in der gewohnten liebenswürdigen Weise zuteil werden ließ. Die Hautstücke der pathologisch veränderten Tierhaut verdanke ich dem Direktor der Tierarzneischule in Zürich, Herrn Professor Zschokke, und meinem Freunde Herrn Dr. med. vet. H. Heusser, Assistent an der Tierarzneischule. Ich erlaube mir an dieser Stelle den genannten Herren meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

1. Der Ruß des Ferkels
(Pechräude, Borkenausschlag, Ferkelausschlag).

Der Ruß des Ferkels ist eine ekzematöse Erkrankung, die meistens heruntergekommene, schlecht und unzweckmäßig genährte, jugendliche Tiere befällt[1]). Am meisten entwickelt sich der Ruß im Anschluß an

[1]) Walther, Der Ruß der Ferkel. Jahresbericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Veterinärmedizin. 1890, S. 140.

Digitized by Google

eine Infektionskrankheit, so z. B. nach chronischer Schweinepest. Nach Heller spielt der Nahrungswechsel der säugenden Säue ein prädisponierendes Moment. In der humanen Medizin trifft man ganz ähnliche Verhältnisse. Heller erinnert an die Bedeutung des Nahrungswechsels der menschlichen Ammen für die Entwicklung der Säuglingsekzeme[1]). Der Ruß hat keine typischen Lokalisationsstellen; er kann an jeder Hautpartie seinen Anfang nehmen und sich von da über die ganze Hautoberfläche verbreiten. Nach den Beobachtungen der meisten Autoren hat man es beim Ruß der Ferkel mit einer sehr leicht übertragbaren Krankheit zu tun. Der Ausschlag befällt sämtliche Ferkel des Mutterschweins und greift sehr oft auf die Ferkel anderer Säue sowie auch auf die Brustwarzen der Muttertiere über[2]) [3]). Die Krankheit ist immer von einem starken Jucken begleitet, die angegriffenen Hautpartien zeigen sich anfangs gerötet und geschwollen, im sogenannten Erythemstadium[4]). Auf dieser gerötеten, geschwollenen und serumdurchtränkten Haut schießen Bläschen auf, welche platzen und eine seröse Flüssigkeit entleeren. Das ausgetretene Serum erstarrt dann zu einer zuerst honiggelben Kruste, die nach und nach eintrocknet und sich dunkel verfärbt und deshalb dem Ekzem den Namen Ruß oder Pechräude eingetragen hat. Die Ursache der dunkeln (graubraunen) Farbe ist zumeist der zwischen den Krusten und Epidermisschuppen verstreute Schmutz. Da dieses Symptom sich sozusagen bei allen Dermatosen des Schweins wiederholt, so ist es denkbar, daß unter „Ruß" keine genetisch einheitliche Krankheit getroffen wird, sondern verschiedenartige. Unter diesen Krusten näßt die Haut weiter; die Krusten nehmen dadurch an Dicke zu und sperren das darunterliegende Sekret ab. Die um die Borken liegende Haut ist rot und geschwollen. Unter günstigen Umständen trocknen die Borken vollkommen ein; das darunterliegende Sekret wird spärlicher, die benachbarte, gerötete Haut schwillt ab; die erkrankten Hautstellen überziehen sich wieder mit Hornschicht, es treten keine neuen Bläschen mehr auf. Das Tier erholt sich wieder und zeigt größere Freßlust, die Haut schilfert lange Zeit nachher ab. Ulrich beobachtete einhergehend mit den Hauterscheinungen Anschwellungen der Knie und Sprunggelenke. Gastrointestinale Erscheinungen sind nach seiner Ansicht die Ursache der Haut- und Gelenkaffektionen[5]).

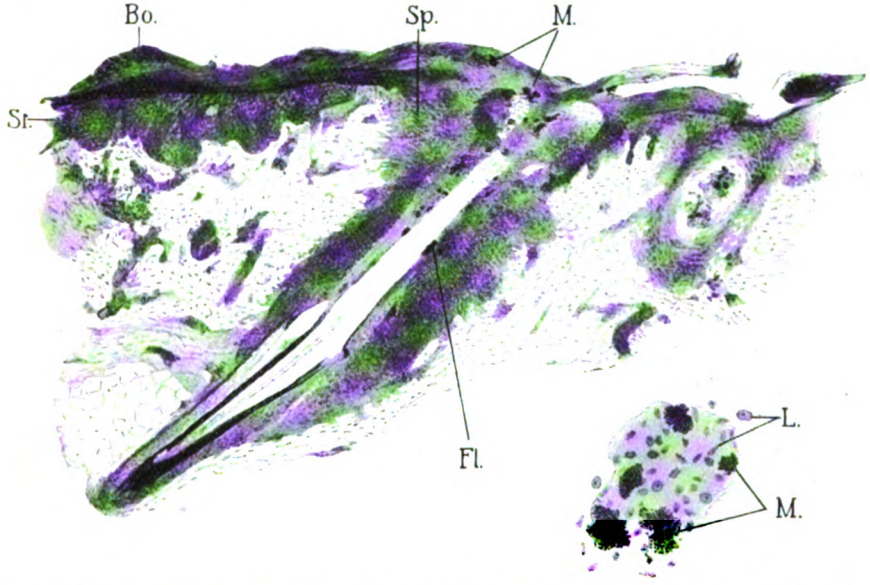
Friedberger und Fröhner sind der Meinung, daß die Hautverände-

[1]) Heller, Die vergleichende Histopathologie der Tierhaut. Berlin 1910, S. 123. — [2]) Hutyra-Marek, Spezielle Pathologie und Therapie der Haussäugetiere. Jena 1909. — [3]) Walther, l. c. — [4]) Sohnle, Über den Ruß der Ferkel. Repertorium der Tierheilkunde. Stuttgart 1891. — [5]) Ulrich, Borkenausschlag bei Ferkeln. Wochenschrift für Tierheilkunde und Viehzucht, 1870.

Digitized by Google

rungen nur als Nebenerscheinung einer inneren Erkrankung aufgefaßt werden müssen, die mit der Skrofulose des Menschen verglichen werden können [1]).

Die Tiere zeigen im Allgemeinbefinden entweder keine Störungen, oder Freßunlust, Abgeschlagenheit und Krämpfe. Nahrungsänderung der Muttertiere (Darreichung von Glaubersalz, Kalomel usw.), Einreiben der geschwollenen Gelenke mit Fischtran, Seifen und Kleiewaschungen, gute Fütterung, Desinfektion und Reinhalten des Stalles kommen als therapeutische Maßnahmen für Mutterschwein und Ferkel in Betracht [2]).



Ohr. Das Präparat veranschaulicht sehr deutlich das in die Tiefe Wandern der Morokokken. Bo. = Borkenbildung, Sp. = Spongioide Umwandlung der Stachelschicht. M. = Morokokkenhaufen, Fl. = Follikulitis und Perifollikulitis und Anhäufung von Leukozyten um die Morokokkenhaufen, L. = Leukozyten.
Rechts unten: Bei starker Vergrößerung, Morokokkenhaufen von Leukozyten umgeben.

Die mir zur mikroskopischen Untersuchung zur Verfügung stehenden Hautstücke stammen vom Ohr eines Ferkels, welches noch an anderen Körperstellen ekzematöse Veränderungen aufwies.

Mikroskopischer Befund. Die Hornschicht gibt uns sehr wechselnde Bilder. An einigen Stellen zeigt sie sich vollkommen normal, nur aus einigen übereinandergelagerten Zellagen bestehend und noch fest mit der Unterlage verwachsen. An anderen Stellen hingegen ist sie

[1]) Friedberger und Fröhner, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der Haustiere. Stuttgart 1886. — [2]) Vgl. Schindelka, Hautkrankheiten bei Haustieren. Wien 1908, 2. Aufl. Walther, l. c. usw.

Digitized by Google

von der Unterlage losgelöst, und es stehen die sie zusammensetzenden Hornlamellen, mit Serum gefüllte Räume zwischen sich lassend, weit voneinander ab. Auf einer anderen Stelle ist es zu einer starken Borkenbildung gekommen, die Hornlamellen liegen etagenförmig übereinander, die Zwischenräume sind mit Netzwerk von Fibrinfäden und Serum gefüllt, in welchen sich Leukozyten und maulbeerförmige Haufen von Kokken, Unnasche Morokokken befinden.

Ich möchte an dieser Stelle auf die experimentellen Arbeiten in der Ekzemätiologie von Unna zu sprechen kommen. Es gelang Unna, in den Ekzemkrusten vorwiegend zwei Arten von Mikroorganismen zu isolieren und zwar die Flaschenbazillen (Sporen von Malassez) und maulbeerförmige Gebilde, die Morokokken. Durch Einimpfung von maulbeerförmigen Haufen von Kokken (die er deshalb im Gegensatz zu den Staphylokokken Morokokken nannte) auf die gesunde Haut gelang es Unna, Bläschen zu erzeugen, die denjenigen bei gewissen Formen des Ekzems glichen. Diese Mikroorganismen auf Kaninchen überimpft erzeugten auf diesen Rötung und Haarausfall. Mit den gezüchteten Kokken gelang es Unna, sowohl bei sich selbst, wie auch bei anderen, künstlich leichte ekzematöse Veränderungen zu erzeugen.

Verfolgen wir nun die Stachelschicht innerhalb der normalen Hornschicht, so treffen wir an diesen Stellen ebenfalls normale Verhältnisse an. Da, wo in der Hornschicht Morokokkenhaufen eingelagert sind und wo es zur Borkenbildung gekommen ist, ist die Stachelschicht gewuchert; die Stellen sind geschwollen und weisen Mitosenbildung auf. Auch die Haarbälge sind in ihrem oberen Teil, nahe der Oberfläche, durch Wucherung der Stachelschicht (Akanthose) verdickt. Die Stachelschicht zeigt in ihrem oberen Teile stark erweiterte Lymphspalten und eine spongoide Umwandlung. Hier besonders gehen die Morokokken in den Spalten der Haarbälge, zwischen Haarschaft und Wurzelscheide, in die Tiefe. Sie bilden zunächst Kokkenzylinder, die nach allen Richtungen hin radiär und im ganzen Bereich des Haarbalges auswachsen. Zu gleicher Zeit locken sie Leukozyten an, welche sich nicht bloß um die Haarbälge sammeln, sondern die ganze Stachelschicht des Haarbalges so vollkommen durchsetzen, daß von den Stachelzellen nichts mehr zu sehen ist. Kurz gesagt, bewirken diese Kokken bei ihrem Eindringen in die Haarbälge eine leukozytäre Perifollikulitis und Follikulitis. Diese Einwanderung

[1]) Unna, Künstliche Ekzemflecke. Ärztlicher Verein, Hamburg. Mh. f. pr. Derm., Bd. 14; Ekzemkokkus auf Kaninchen überimpft. Ärztlicher Verein, Hamburg 1892; Meine bisherigen Befunde über den Morokokkus. Mh. f. pr. Derm., Bd. 29; Versuche einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Kokkenarten. Mh. f. pr. Derm., Bd. 31; Über die Ätiologie und Bedeutung der beim Ekzem gefundenen Kokken. Mh. f. pr. Derm., Bd. 31; Die parasitäre Natur des Ekzems. Med. Ztg., 1900, Nr. 44.

Digitized by Google

findet an den Haarbälgen der betreffenden Bezirke in verschiedenem Maße statt. Von ihr breitet sich die Affektion auf die benachbarte Oberhaut aus, die dann sämtliche charakteristischen Eigenschaften des Ekzems annimmt. Überall wo diese Einwanderung von der Oberfläche in die Tiefe stattfindet, sammeln sich um die Kokkenhaufen Leukozyten, ohne daß es, wie bei den echten Eitererregern, zu einer wirklichen Eiterung kommt. Besonders erleichtert wird ihnen das Wandern in die Tiefe, indem sie den Weg zwischen Haarschaft und Wurzelscheide einschlagen. Die Leukozyten behalten ihre ausgezeichnete starke Färbbarkeit. Diese kleinen Herde mit exquisiten Maulbeerhaufen im Zentrum und einer losen unregelmäßigen sie umgebenden Anhäufung von Leukozyten ergeben ein sehr charakteristisches Bild, welches wahrscheinlich für diese Erkrankung der Ferkel typisch ist.

Aus der medizinischen Klinik II des Königl. Serafimerlazaretts zu Stockholm.

Über die Empfindlichkeit der Haut für Adrenalin und Pituitrin.

(Vorläufige Mitteilung.)

Von

Arnold Josefson, Dozent der inneren Medizin.

In der Absicht nachzuforschen, ob es in dem menschlichen Körper auch eine verschiedene Empfindlichkeit, ja sogar eine Überempfindlichkeit für Adrenalin gäbe, fing ich an, die Haut für Adrenalinlösungen verschiedener Stärke zu prüfen. Zu meinen ersten Versuchen wählte ich solche Individuen aus, bei welchen eine Adrenalinämie anzunehmen war (Morbus Basedowii, Gravidität, Nephritis chronica).

Nach dem Muster der v. Pirquetschen Reaktion prüfte ich also die Haut gegenüber Adrenalin [1]). Es war mir jetzt auffallend, daß die Ränder der kleinen Hautwunde eine bedeutende Blässe annahmen, welche bei verschiedenen Leuten verschieden lange Zeit anhielt. Bei einigen fand ich diese Blässe nur, wenn stärkere Lösungen angewandt wurden; bei einigen stand die Blässe auffallend lange. Diese Hautreaktion deutete ich als Folge der bekannten Vasokonstriktion bei Anwendung von Adrenalin.

Ich ging jetzt weiter und prüfte, wie die Haut sich gegen Pituitrin verhielt; ich wandte teils Pituitrin, teils Glanduitrin von Parkes, Da-

[1]) Bei meiner Probevorlesung 12. II. 1915 habe ich die Reaktion meinen Kollegen gezeigt.

Digitized by Google

vis & Co., London, an. Auch nach Anwendung des Pituitrins entstand in der Haut eine deutliche Reaktion: die Ränder der Hautwunde wurden deutlich blaß.

In beiden Fällen ging die Blässe der Haut bald in eine lebhafte Rötung über, wobei die Haut, welche während der ersten Phase der Reaktion eingesunken und gerunzelt war, sich erhöhte, so daß zuletzt die Impfstelle angeschwollen und gerötet hervortrat. Die Reaktion der Haut trat auch nach Anwendung schwacher Lösungen des Adrenalins auf. So fand ich sie für Lösungen $^1/_{200000}$—$^1/_{300000}$. Wurden Adrenalin und Pituitrin zusammengemischt, so war die Blässe noch immer stark. Einen Antagonismus konnte ich also hier nicht nachweisen.

In der Annahme, daß die Blässe der Haut eine Folge derselben Ingredienz des Adrenalins und des Pituitrins war, und infolge der Auffassung, daß in beiden Präparaten das Cholin gemeinsam ist, wurde die Haut jetzt mit konzentrierter Lösung des Cholins geprüft. Mit diesen Lösungen des Cholins gelang es mir aber nicht, diese Reaktion in der Haut hervorzurufen; es scheint mir also wahrscheinlich, daß das gemeinsame vasokonstringierende Substrat der beiden Mittel das Cholin nicht sein kann.

Versuchte ich die unverletzte Haut mit Adrenalin oder Pituitrin zu behandeln, so war es mir nicht möglich, eine ähnliche Reaktion hervorzurufen. Auch nicht nach Applikation von Kokain in stärkeren Lösungen war es mir möglich, eine ähnliche Reaktion hervorzubringen. Soviel ich verstehe, liegt hier eine biologische Reaktion der Haut für schwache Lösungen des Adrenalins vor, und es war jetzt von großem Interesse, die Haut gegen Sera verschiedener Kranken zu prüfen. In keinem einzigen Falle ist es mir aber gelungen, mit Serum allein die Reaktion zu finden. Im Gegenteil, nach Anwendung des Serums tritt gleich eine stärkere Rötung und Erhöhung der Haut ein. Daß aber das Serum an sich nicht eine Adrenalinreaktion der Haut hemmt, geht daraus hervor, daß, wenn ich eine schwache Adrenalinlösung mit Serum zusammenmischte und danach die Reaktion ausführte, die charakteristische Blässe der Haut wieder auftrat. Das Serum hemmte also hier nicht die vasokonstringierende Eigenschaft des Adrenalins.

Auch machte ich Versuche mit Zerebrospinalflüssigkeit, Kochsalzlösung und Wasser. In keinem Falle vermochte ich die Reaktion hervorzurufen. In einem Falle machte ich eine halbe Stunde vor der Lumbalpunktion eine Injektion von 1 mg Adrenalin bei dem Kranken; die Lumbalflüssigkeit gab eine Rötung.

[1]) Bei allen meinen Versuchen war mir cand. med. Riccius behilflich.

Digitized by Google

Ich fing jetzt an zu prüfen, ob es eine Verschiedenheit in der Haut bei den Kranken gebe; ich applizierte eine Adrenalinlösung $^1/_{200000}$ und $^1/_{100000}$ auf die Haut, inzidierte und ließ die Lösung während einer Minute auf die Haut wirken [1]). Als Kontrolle ließ ich gewöhnlich dieselbe Lösung auf die intakte Haut auch eine Minute einwirken. Es zeigte sich jetzt, daß die Empfindlichkeit der Haut bei verschiedenen Kranken sehr variierte. Um die Sache objektiver zu prüfen, zeichnete ich auf, wie lange es dauerte nach der Inzision, bis die Reaktion auftrat und wie lange die Reaktion bestehen blieb, ehe sie in die charakteristische Rötung überging. Leider war meine Arbeit während einer langen Zeit vergebens, es zeigte sich nämlich, daß die Lösungen schon nach einem Tage sich verändert hatten, eine Fehlerquelle bedeutender Art. Auch waren die Verdünnungen der Lösung während der ersten Monate meiner Versuche nicht genau gemacht. So viel geht aber aus meinen Versuchen hervor, daß es eine individuelle Variation der Haut gegen das Adrenalin gibt, welche Variation, soviel ich gefunden habe, von ziemlich großer Breite ist.

Von Interesse scheint es mir zu sein, daß Lösungen, die mit chemischen Reagentien (Eisenchlorid) nicht reagierten, die Haut in charakteristischer Weise anämisierten.

Um das vegetative Nervensystem zu prüfen, brauchen wir ja gewöhnlich Adrenalininjektionen und Instillationen in das Auge. Über eine systematische Prüfung der Haut habe ich angezeigt keine Angabe gefunden. Und doch scheint es mir möglich, daß wir hier einen einfachen und ungefährlichen Weg finden können. Um das Serum auf adrenalinhaltiges Material zu prüfen, wenden wir ja ausgeschnittene Gefäßstreifen und überlebendes Tierherz an, Proben, welche einen großen Apparat voraussetzen.

Es ist mir noch nicht möglich zu sagen, ob wir nicht den Tonus der Gefäße durch diese kutane Probe prüfen können; unmöglich scheint es mir nicht. Ein analoges Verfahren wenden wir ja bei der Tuberkulinprüfung an. Die Frage, ob man in dieser Weise den Sympatikustonus mit Vorteil studieren kann, läßt sich nur nach Prüfung einer größeren Menge von Fällen beantworten.

Eine Vergleichung der Reaktionen der Haut auf Pituitrin und Adrenalin zeigt, daß die Reaktion in letzterem Falle sehr viel stärker ausfällt.

So viel lehrt diese einfache Reaktion der Haut aber. Ein Präparat von Pituitrin oder Glanduitrin [1]), welches keine biologische Reaktion der

[1]) Eine Menge chemischer Proben auf Adrenalin sind ja schon bekannt.

Digitized by Google

Haut gibt, ist nicht viel wert. Eine Anwendung des Pituitrins sollte also erst nach einer Vorprüfung der Haut geschehen; der Operateur kann ja dabei seine eigene Haut prüfen.

Bei der Probe der Haut mittels schwacher Lösungen des Adrenalins ist es erforderlich, ganz frische Lösungen anzuwenden.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Januar 1915, Bd. 22, H. 1.

Über einen Fall von Angiokeratoma circumscriptum im linken Oberschenkel, von Joh. Fabry-Dortmund. Der Fall betrifft ein elfjähriges Mädchen, bei welchem sich am Oberschenkel vor vier Jahren ein roter Fleck gebildet hatte. Dieser hatte allmählich die Form eines systematisierten Nävus angenommen. Er bestand aus dunkelroten Pünktchen, die erhaben, auf Glasdruck nicht schwinden, sondern noch schärfer hervortreten. Die meisten sind von dunkelroter Farbe, die größeren von tiefdunkler schwarzer; sie platzen leicht und bluten dann. Auf einem etwa groschengroßen Fleck stehen 25—30 Knötchen. Der Längsdurchmesser verläuft von oben außen nach der Mittellinie des Oberschenkels und beträgt 13 cm, der Breitendurchmesser ca. 6 cm. Verfasser hebt hervor, daß Kreibich einen ähnlichen Fall für einen Naevus flammeus hielt. (Referent vermißt in der Arbeit den Nachweis der im allgemeinen ziemlich beträchtlichen Verdickung der Hornschicht!)

Bemerkenswertes anläßlich einer kleinen Endemie von Erythema multiforme, von R. Polland-Graz. Im Juli beobachtete Verfasser nahezu ein Dutzend Fälle von Erythema multiforme. Es waren solche leichtester Art bis zu den schwersten, einer nahm sogar einen letalen Verlauf. Gleichzeitig traten zahlreiche Erkrankungen an Herpes zoster auf. Daneben auch einige Fälle von Purpura rheumatica.

Kritisch-chemisch-pharmakologische Betrachtungen über den Wert des Kalium-Aurum cyanatum bei der Chemotherapie der Tuberkulose, von J. Schumacher-Berlin. Die mit Goldzyan erzielten therapeutischen Leistungen sind nicht dieser Verbindung, sondern dem aus ihr entstehenden kolloidalen Golde zuzuschreiben. Dafür spricht, daß Goldzyan nicht in wirksamer Dosis einverleibt werden kann, ohne toxische Störungen. Andererseits wird es im Körper rasch aufgespalten. Eine Einwirkung des Zyanteiles ist nicht zu erwarten, weil dieses im Körper rasch zu ungiftigem Rhodanwasserstoff umgewandelt wird. Die Entwicklungshemmung des Goldzyans im Nährboden beruht wahrscheinlich auf dem Vorhandensein des Zyananteils und weiter in der Entwicklung von freien Goldionen. Die besten Aussichten haben deshalb Präparate, welche viel und rasch kolloidales Gold liefern.

Zur Vakzineanwendung bei Blennorrhoe, von G. A. Rost-Bonn. Besprechung der Vakzinen, ihrer Anwendung, Dosierung, Wirkung, der Bedeutung der Allgemein- und Herdreaktion. Die Wirkung der Vakzine ist keineswegs antitoxisch, im Sinne einer Vernichtung der Krankheitserreger, im Gegenteil, diese werden wieder proliferationsfähig, daher die Reaktion. Die günstige Wirkung liegt in der Beeinflussung der Infiltrate, welche in Abderhaldens Sinne abgebaut werden. Infolgedessen wirkt in gleichem Maße auch die Injektion von blennorrhoischer Hydrozelenflüssigkeit und Nebenhodenpunktat. Am Schluß wird auf die Bedeutung der provokatorischen Vakzineanwendung zu Diagnosezwecken hingewiesen.

Digitized by Google

Februar 1915, 22. Bd., H. 2.

Zur Kasuistik der Pseudoleukämie der Haut, von P. HAMMACHER-Frankfurt a. M. Verfasser beobachtete einen Fall, welcher bezüglich der Abgrenzung gegen eine sarkomatöse Erkrankung der Haut Schwierigkeiten bot. Auf der Haut des Patienten zeigt sich als Nebenbefund eine Acrodermatitis atrophicans an Ellenbogen, Knien, Händen und Füßen, als Hauptbefund gelblichweiße beetartige Erhebungen an den Augenlidern, linsengroße im Sulcus coronarius, an der Glans penis markstückgroße und am Orifizium erbsengroße Elemente. Knoten finden sich ferner im Skrotum und im Funikulus. Eine Verdickung der Drüsen besteht inguinal und in der Kniebeuge. Am übrigen Körper nur noch ein Tumor an der Thoraxhaut. Ein Tumor am rechten Schienbein ist anderer Natur. Die Sektion des Falles ergab pseudoleukämische Drüsenschwellungen, Hautinfiltrate der unteren Extremitäten, Metastasen der Nierenrinde, der Leber, Hyperplasie der Milz usw. Mikroskopisch fanden sich Infiltrationen mit lymphoiden Zellen in verschiedenen Drüsen und Organen. Therapeutisch wurde ein günstiger Einfluß von Arsen gesehen. Gegen die Drüsenschwellungen erwiesen sich intravenöse Injektionen mit Thorium X wirksam.

Ein Fall von Rezidiv von Syphilis drei Jahre nach einer scheinbar gelungenen Abortivbehandlung bei ganz frischer sekundärer Syphilis, von HARALD BOAS-Kopenhagen. Ein Mädchen wurde vom 18. 8. bis 1. 12. 1913 mit zwei Salvarsaninjektionen und 185 cg Hg-Salizylat behandelt. Die WR war vor der Behandlung stark positiv, nach derselben negativ. Eine jeden Monat angestellte Untersuchung ergab stets einen Negativismus an Symptomen und auch bezüglich der WR, bis am 29. 11. 1914, seit welchem Tage die Patientin zwar noch symptomfrei ist, aber eine positive WR aufweist.

Ein anderer Fall, welcher gleichfalls ein junges Mädchen betrifft, wurde vom 14. 11. 1911 bis 17. 1. 1912 mit zwei Salvarsaninjektionen und 60 Inunktionen a 3 g wegen Ulcus induratum, Adenia universalis und Papulae excoriatae genitalium behandelt. Die WR war vor der Behandlung positiv, nach derselben negativ. Die Patientin wurde im ersten Jahre regelmäßig jeden Monat untersucht, später mit größeren Intervallen, zuletzt im Dezember 1913; sie war immer symptomfrei und hatte negative WR. Im November 1914, fast drei Jahre nach der Kur, bekommt sie Genitalpapeln und die WR ist positiv.

Untersuchungen über das Verweilen des Salvarsans in der Blutbahn bei intravenöser Injektion konzentrierter wäßriger und konzentrierter Serumsalvarsanlösungen, von TREUPEL-Jena. Die Verwendung der ABELINschen Reaktion, nach welcher beim Überschichten salvarsanhaltiger Flüssigkeiten mit seinem Reagens ein roter Ring entsteht, gelang es dem Verfasser nachzuweisen, daß die Ausscheidung in 2—4 Stunden erfolgt.

März 1915, Bd. 22, H. 3.

Die Leukoplakia buccalis, ihre Pathogenese und Behandlung mit Salvarsan, von TH. BAER-Frankfurt. Verfasser berichtet über Erfolge bei Luetikern mit schwer affizierten Zungen. Es trat nach Anwendung einzelner wie verschiedener Injektionen von Alt- und Neosalvarsan in einer Dosis von 3,3 bis 1,6 vollkommene Ausheilung oder wesentliche Besserung ein.

Über vorübergehende positive WASSERMANNsche Reaktion bei Ulcera mollia et non venerea, von C. GUTTMANN-Wiesbaden. Das Blutserum von Patienten mit nichtsyphilitischen Ulzera an den Genitalien kann positiv nach WASSERMANN reagieren. Dabei kann es sich entweder um Ulcera mollia oder aber auch um Genitalgeschwüre anderer Herkunft handeln. Die positive WR kann auch an die Existenz eines Bubo

Digitized by Google

gebunden sein. Differentialdiagnostisch mit der WR bei Lues ist hervorzuheben, daß bei Verwendung mehrerer Extrakte der eine schwächer oder gar nicht reagiert, und zweitens, daß die Reaktion mit der Restitution der Geschwüre dauernd verschwindet. Das Auftreten der positiven Reaktion betrug in einem Falle mehr als drei Wochen.

Ein Fall von Pemphigus vegetans (Neumann), von A. Kissmeyer-Kopenhagen. Der Fall betrifft eine 66jährige Witwe, welche die Affektion vor zwei Jahren zum ersten Male bekam. Anfänglich erschienen Blasen unter vorausgehendem Jucken, welche auf Wasserumschläge verschwanden. Ein halbes Jahr später wurden dieselben hartnäckiger. Im Anfang geschah die Überhäutung schnell, später langsam, zuletzt gar nicht. Die Sektion ergab wie gewöhnlich nichts Besonderes. H. Vörner-Leipzig.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1915, Bd. 121, H. 1.

Über die intradermale Reaktion auf Syphilis mit Noguchins Luetin, von I. D. Perkel-Odessa. Es wurden im ganzen Versuche bei 90 Männern und 16 Frauen ausgeführt. Die Betreffenden standen in verschiedenen Perioden ihrer Krankheit. In sechs Fällen von I. Syphilis war die Reaktion zweimal, in 10 von II. Syphilis jedesmal und in 16 von III. Syphilis in der Hälfte positiv. In allen Fällen von latenter Syphilis, deren Infektion noch keine vier Jahre zurücklag, gab es eine Reaktion von 22% und in solchen von älterer in 33%. Auch Syphilis hereditaria, cerebrospinalis, Tabes und Paralyse ergaben positive Befunde. Alle Kontrollfälle hatten negative Resultate. Wiederholte Injektionen ergeben auch beim Gesunden schließlich Ergebnisse, so daß nur die erstmalige Injektion zu einer spezifischen Reaktion führt. In der Mehrzahl der Fälle war dieselbe schon nach 24—48 Stunden deutlich ausgesprochen. Vorangegangene Kuren mit Quecksilber oder Salvarsan hatten keinen Einfluß auf den Ausfall. Mit der WR steht die Luetinreaktion offenbar in gar keinem Verhältnis. Die an Stelle der Injektion auftretende Papel ist dann als positiv anzusehen, wenn ihr Durchmesser über $^1/_2$ mm beträgt. Ebenso muß die Papel deutlich erhaben sein. Manchmal entstehen auf der Oberfläche der Papeln auch kleine Bläschen oder Zerfall, niemals finden sich in ihnen Keime. Zur Verwendung gelangte 0,04 Luetin. Ähnlich wie bei Tuberkulin kommt es gelegentlich zu Spätreaktionen mit Bildung torpider Formen.

Ein Fall von sogenannter hysterischer Dermatose, von C. Rasch-Kopenhagen. Das 17jährige Mädchen ist schwach begabt, träge, liegt am liebsten im Bett. Tast- und Temperatursinn ist vorhanden, aber es besteht Analgesie. Die Haut ist in großer Ausdehnung von ungefähr 130 streifenförmigen Exkoriationen und Pigmentationen meist von 6—7 cm Länge und 1—2 cm Breite bedeckt, der größte Teil befindet sich auf der Vorderfläche des Rumpfes und der Glieder, eine geringere Anzahl auf dem Gesäß und der Regio lumbalis, während die Rückseite nahezu frei ist. Alle Flecken verlaufen parallel, am Unterleibe quer, auf der Innenseite der Schenkel schräg von unten innen nach oben und außen, an der Außenseite parallel mit der Längsachse. Die Streifen wurden durch die Patientin selbst hervorgebracht. Energische psychische Behandlung erzielte Heilung.

Bakterielle Versuche über die Zuverlässigkeit der Tigerschen Sterilisierungsmethode des Wassers zu Injektionen, mit besonderer Berücksichtigung des Wasserfehlers und des Kochsalzfiebers, von Dagobert Löffler-Freiburg. In der Freiburger dermatologischen Klinik wird zum Auflösen des Salvarsans ein Wasser mit 25% Acidum hydrochlor. off. verwendet. Verfasser erbringt den Nachweis, daß dieses vor dem Gebrauch aufgekochte Lösungsmittel absolut keimfrei ist, so daß Nebenerscheinungen bei den Injektionen in die Vene nicht vorkommen.

Digitized by Google

Studien über den Einfluß experimentell veränderter örtlicher Bedingungen auf die Lichtreaktion (Ultraviolettreaktion) der menschlichen Haut, von PAUL SOBOTKA-Prag. Als Quelle der ultravioletten Strahlen, welche der Untersuchung dienen sollten, wurde KROMAYERS Quarzlampe verwendet. Die ersten Versuche beschäftigen sich mit der Frage, welchen Einfluß vorausgegangene aktiv hyperämische Zustände auf die spätere Lichtreaktion besitzen. Zur Erzielung dieser komplizierenden Hautrötung wurden chemische, galvanische und thermische Reize geprüft. Eine spezifische Beeinflussung wurde nicht konstatiert. Weiterhin wurde die Wirkung der Lichtreaktion bei passiver Hyperämie (Stauung) geprüft. Es stellte sich heraus, daß dieselbe gleich Null war oder sehr gering. Nach der Bestrahlung ausgeübte Stauung ergab, abgesehen von einem einzigen Falle, keinen Ausschlag. Intrakutane Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung erzielten keinen oder nur einen geringen Einfluß im Sinne eines Lichtschutzes. Versuche mit Druck und nachfolgender Bestrahlung fielen verschieden aus. Manchmal negativ, in anderen Fällen zu intensiver Rötung führend und gewöhnlich blässer als die einfach bestrahlte Fläche. Bei Ausübung eines Druckes während der Bestrahlung war die Druckstelle zumeist stärker gerötet, in zwei Fällen geringer und in einigen genau so wie in der Umgebung. Die Ausübung eines Druckes nach der Bestrahlung hatte eine vorübergehende Mehrrötung, aber keine Dauerwirkung im Gefolge. Hierauf folgen Versuche mit gefäßverengernden Substanzen. Das zu diesem Zwecke in Anwendung gebrachte Adrenalin wurde teils mittels Jontophorese, teils durch Injektion in die Kutis einverleibt. In dieser Weise behandelte Haut zeigt, daß in ihr ein Lichterythem viele Stunden hindurch völlig aufgehalten wird. Nach der Bestrahlung angewandtes Adrenalin bringt eine schon ausgebildete Lichtwirkung zum Verschwinden, welche aber nach der Resorption des Mittels wieder einsetzt. Weitere Versuche erstrecken sich auf die Beobachtung des Einflusses, welchen die Antiphlogose (feuchter Verband) auf eine Lichtentzündung ausübt. Bestrahlungen von Hautstellen, in welche die gebräuchlichen Anästhetika eingespritzt wurden, zeigen eine Neigung zur Nekrose. Anhangsweise erfolgen Bemerkungen zur Lichtreaktion bei pathologischen Zuständen der Haut und schließlich eine Betrachtung der erhobenen Befunde mit Bezug auf die Ergebnisse analoger Versuche mit anderen Strahlenarten. H. Vörner-Leipzig.

Lepra. Bibliotheka internationalis.

1914, Bd. 15, H. 1.

1. Neue Erfahrungen über die Lepra in Tunis, von G. EICHMÜLLER. Nach den Beobachtungen des Verfassers tritt die Lepra jetzt auch in Gegenden von Tunis auf, von denen man früher voraussetzte, daß sie seuchenfrei seien. Er weist darauf hin, daß man den Äußerungen der Bewohner nicht allzuviel Zutrauen schenken solle, da dieselben ein Interesse daran hätten, die Krankheit zu verheimlichen. Er hat einige zwanzig Fälle eruiert und hebt hervor, daß damit gegen früher eine erhebliche Zunahme zu konstatieren sei, obwohl er die wahre Zahl für noch erheblicher hält. Nach seiner Annahme ist die Lepra in Tunis autochthon, wird aber durch den engen Verkehr mit Malta, wo sich viel Leprakranke befinden, ungünstig beeinflußt.

2. Die Lepra der Bibel, von W. DUBREUILH und A. BARQUES. Die Verfasser sind gegen die Ansicht, daß es sich in den dem Moses zugeschriebenen Büchern des Alten Testamentes um wirkliche Lepra handele. Die Gründe, welche sie geltend machen, sind vor allem die in der Beschreibung der Krankheit fehlenden Merkmale, deren Eigentümlichkeiten nicht zu übersehen seien, der gutartige Verlauf derselben und schließlich die historische Tatsache, daß die Affektion in der Zeit des babylonischen Exils ver-

Digitized by Google

schwand. Sie sind vielmehr der Überzeugung, daß die Lepra der Bibel die Bedeutung der Lepra des Hippokrates besitze, d. h. eine Summe gutartiger schuppender Hautaffektionen, unter denen die chronischen Ekzeme, die Psoriasis und die parasitären und pilzlichen Dermatosen zu verstehen seien. Die Lepra des Alten Testamentes und diejenige des Neuen sind zwei verschiedene Begriffe. In der Zeit der ersten christlichen Jahrhunderte ist die echte Lepra schon bekannt. Die Verwechslung beruht nach Ansicht der Verfasser darauf, daß die hippokratische Bezeichnung später für einen ganz anderen Begriff, nämlich für die Elefantiasis, gebraucht wurde und erst viel später für die echte Lepra. H. Vörner-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Die Syphilis der Unschuldigen, von Gerber. (Würzburg 1914, Curt Kabitzsch.) Der im Zweigverein zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Ostpreußens in Königsberg gehaltene Vortrag bietet auch dem Fachmann eine anregende Lektüre. Stellt er doch besonders die so mannigfaltigen Übertragungsmöglichkeiten der extragenitalen Syphilis in anschaulicher Form nebeneinander. Der Mahnruf: Wir müssen uns daran gewöhnen, offen und ohne Scheu das Wort Syphilis auszusprechen, kann nicht oft genug an das Volk ergehen. W. Haas-Hamburg.

Il medico a bordo e nei paesi tropicali, von R. Ribolla. Der Schiffs- und Tropenarzt. (Mailand 1914, U. Hoepli.) Das Handbuch ist für Schiffsärzte bestimmt und enthält für diese eine Reihe von sehr nützlichen Kapiteln. Auch dem Dermatologen kann es manchen guten Dienst leisten, indem es die verschiedenen Hautkrankheiten der heißen Länder kurz bespricht und einige Kapitel der mikroskopischen Technik widmet. Es ist sorgfältig zusammengestellt, klar geschrieben, angenehm zu lesen.

K. Rühl-Turin.

Ikonographia dermatologica, Heft 7, Tafel 52—59.

1. Xanthoerythrodermia, von Bering. Ein typischer Fall dieser, in das Gebiet der — Erythrodermie en plaques dissiminées Brocq — gehörigen Krankheit. Versuchsweise wurden einige Herde mit der Quarzlampe (Blaulicht), andere mit Röntgenstrahlen behandelt, wieder andere blieben unbehandelt. Bei einer Nachuntersuchung nach einem Jahre ergibt sich, daß die mit Blaulicht behandelten Herde spurlos verschwunden sind, ebenfalls die mit Röntgenstrahlen behandelten, unter Hinterlassung einer braunen Pigmentierung. Aber auch einige nichtbehandelte Herde sind völlig zurückgegangen.

2. Zylindroma, von de Beurmann. Die Tumoren hatten sich bei dem 58jährigen Kranken seit 20 Jahren entwickelt, ohne merklich sein Allgemeinbefinden beeinträchtigt zu haben. Eine Anzahl waren spontan geschwunden, meistens nach voraufgegangener Ulzeration, beim Eintritt ins Hospital zeigte er bis über fünfzig über Kopf, Gesicht und auch Rücken verteilt. Keine Lymphdrüsenschwellung, keine Veränderung an den Organen zu konstatieren. Patient magerte dann allmählich ab und es fanden sich Veränderungen an den Lungen. Elf Monate nach seiner Aufnahme starb er plötzlich nach einer Reihe epileptiformer Anfälle. Die Autopsie ergab in Lunge, Leber, Milz und Nebenniere Veränderungen tuberkulöser Natur. Verfasser führt auf die schweren, suprarenalen Zerstörungen besonders die Krämpfe und den letalen Ausgang zurück. Die histologische Untersuchung ergab den Typus des Zylindroms, wie er von Darier, Dubreuilh und Auché beschrieben wurde, und war beweisend für den epithelialen Ursprung. Die Behandlung mit Radium zeigte sich in schwachen Dosen und äußerer Applikation schädlich, und wirksam in hohen Dosen und bei Transfixion auf das pathologische Gewebe.

Digitized by Google

3. Naevus anaemicus, von Brunek. Naevi anaemici sind wahrscheinlich angeborene, durch ihre blasse Farbe auffallende, von normaler, selten hyperämischer Haut umgebene, im Niveau derselben liegende Flecken. Meistens erreichen sie Linsengröße, gelegentlich konfluierend zu Halbhandtellergröße, mit zackigen Grenzen. Die Brusthaut ist bevorzugt. Scharfes Hervortreten beim Reiben der Haut. Therapie nicht notwendig, da nur Nebenbefund.

4. Vaselinoma scleroticum, von Jacobi. Einer Dame waren zur Verschönerung des Gesichts Injektionen mit Vaselin gemacht in einem Schönheitsinstitut. Nach zwei Jahren begannen die Injektionsstellen zu schwellen und das Gesicht ist jetzt unförmig entstellt. Die ganze Gesichtshaut geschwollen und unregelmäßig rot und tiefblau verfärbt, die Konsistenz knorpelhart, die Lider stark ödematös. Die Therapie ist machtlos. J. warnt vor derartigen, direkt verwerflichen Einspritzungen.

5. Lichen ruber framboesiformis, von Lipschütz. Diese Form des Lichen ruber steht dem Lichen ruber verrucosus am nächsten. Die beschriebene Beobachtung erinnert an eine mächtige Granulationsgeschwulst. Klinisch war namentlich die deutlich papillomatöse Beschaffenheit der Oberfläche, sowie die enorme Ausbildung der in die Tiefe reichenden, aber auch warzenartig vorspringenden Hornzapfen auffallend, nach deren gewaltsamer Entfernung förmliche Löcher zurückblieben. Histologisch fällt der Reichtum an Plasmazellen auf. Therapie bestand in operativer Entfernung.

6. Sclerodermia diffusa et circumscripta, von Meirowsky. Der Fall zeigt, daß die diffuse Sklerodermie mit dem Vorkommen zahlreicher „white spots" vergesellschaftet sein kann, die als eine Form der zirkumskripten Sklerodermie aufzufassen sind.

7. Striae distensae et keloideae, von Rosenthal. Die übliche Bezeichnung für die Affektion „Striae atrophicae" sei unrichtig, da eine Atrophie für gewöhnlich nicht vorliegt, sondern eine Zerrung, ein Einriß des elastischen Netzes der Haut, und infolgedessen eine Diastase der Bindegewebsfasern. Der abgebildete Fall betrifft ein Mädchen von 20 Jahren, das außerdem einen mäßigen Basedow zeigt. Die besonders die Stirn einnehmenden weißlichen Streifen mit teilweise keloidartigem Charakter sollen bei der Geburt noch stärker gewesen sein. Lues kann ausgeschlossen werden, es muß ein intrauteriner Prozeß vorliegen, möglicherweise im Zusammenhang mit dem jetzt vorhandenen Basedow.

8. Sclerodermia ulcerosa linearis („en bandes"), von Rukte. Es handelt sich um eine strichförmige, ulzeröse, kurz nach der Geburt bemerkte Erkrankung des rechten Beines bei einem sechsjährigen Knaben. Aus dem ganzen Krankheitsbilde, wie aus dem histologischen Befund ging hervor, daß hier ursprünglich eine Sklerodermie vorgelegen hat, die später in Ulzeration überging. W. Haas-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Regressive Ernährungsstörungen.

Einige Worte über Onychogryphosis anläßlich eines eigentümlichen Falles, von James Strandberg-Stockholm. (Nord. m. Arkiv, 1914, Heft 1—4, Nr. 3.) Der Verfasser schildert einen interessanten Fall von Onychogryphosis bei einem 18jährigen Jüngling und glaubt, daß die Veränderung der Nägel auf einer trophischen Störung beruht. Was diese trophische Störung ausgelöst hat, konnte leider nicht ermittelt werden. Vier Bilder illustrieren diese Beschreibung.

W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Klinische Diagnose der Alopezien beim Kinde, von R. Burnier. (Presse méd., 1914, Nr. 30.) Besprechung der beim Kinde vorkommenden Formen von Haarschwund. R. Frühwald-Leipzig.

Über die Radiotherapie der Alopecia totalis, von Thedering-Oldenburg. (Strahlenther. 1915, Bd. 5, Heft 2.) Ausgehend von der Überlegung, daß der Lähmungsdosis die Reizdosis vorherzugehen pflegt, versuchte Verfasser die Alopecia totalis mit Röntgenbestrahlungen zu beeinflussen. Er bestrahlte den Kopf an 4—5 Bezirken mit Strahlen mittlerer Härte. Auf jede Stelle wurde $^1/_3$—$^1/_2$ Volldosis in Abständen von 10—14 Tagen gegeben, nach der dritten Bestrahlung Pause von etwa drei Wochen. Fünf beigefügte Krankengeschichten veranschaulichen den Wert der Methode, die in den mitgeteilten Fällen Resultate zeitigte, welche jedenfalls zur Nachprüfung ermuntern. H. Rausch-Darmstadt.

Das Anfangsstadium der Alopecia atrophicans (Pseudopelade Brocq), von Dreuw-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 45.) Die Krankheit äußert sich in dem Auftreten von kleineren oder größeren, selten oder niemals kreisrunden, sondern dreieckigen und vieleckigen, teils isolierten, meist aber konfluierenden kahlen Flecken, die ohne eine Spur von Entzündung und ohne nennenswerte subjektive Erscheinungen im Laufe von Jahren zu einer ausgeprägten Atrophie der Epidermis und Kutis und zu bleibendem Haarausfall führen. Das Anfangstadium nennt er der kleinen, meist multiplen Stellen wegen Alopecia parvimaculata, die entweder isoliert stehen (Alop. parvimac. solitaris) oder aber an vielen Stellen konfluieren (Alop. parvimac. conglomerata). Verfasser beobachtete in einigen Gemeindeschulen Berlins 101 Fälle, die schließlich bis über 200 Fälle anstiegen. Ein Erreger konnte nicht ermittelt werden, obgleich bei diesem epidemieartigen Auftreten der Krankheit sicher mit einem zu rechnen ist.

B. Junghanns-Dresden.

Alopecia atrophicans bei Kindern, von Max Joseph-Berlin. (Zbl. f. Kindhlk., 1914, Nr. 1.) J. weist auf die große Bedeutung der Kenntnis der Frühstadien der Alopecia atrophicans hin, da in späteren Stadien — nach seiner Erfahrung — jede Therapie aussichtslos ist. Brocq, der diese Affektion zuerst als Pseudopelade beschrieben hat, unterscheidet drei Unterabteilungen: die großfleckige, die kleinfleckige und die gemischtfleckige Alopecia atrophicans. Kleine, stecknadelkopfgroße, linsen- bis erbsengroße Flecke wechseln ab mit 3—5 markstückgroßen Flecken, in jeder denkbaren Form. Der anatomische Vorgang geht nach den Untersuchungen Lenglets in der Weise vor sich, daß ein entzündlicher perivaskulärer Prozeß schließlich zu einer Atrophie des kollagenen und elastischen Gewebes mit zahlreichen erweiterten Lymphräumen führt. J. empfiehlt als differentialdiagnostisches Merkmal gegenüber der Alopecia areata die Flecke mit Chrysarobin-Traumatizin zu bepinseln. Bei der Alopecia areata erscheinen alsdann die gelblichen punktförmigen Niederschläge an hunderten kleiner Follikel; bei der Alopecia atrophicans fehlen sie vollkommen. In der von Dreuw als Alopecia parvimaculata bezeichneten Haarerkrankung der Kinder sieht J. die Anfangsform der Alopecia atrophicans. Arndt empfiehlt für diese Anfangsform durch längere Zeit fortgesetzte Anwendung von zweimal täglich vorgenommenen heißen Seifenwaschungen und einer 10%igen Schwefel-Zinkpaste. Dreuw empfiehlt zweimal tägliches Betupfen mit Ol. Rusci 20,0, β-Naphtol, Acid. salicyl., Resorzin āa 4,0, Ol. Ricini 30,0, Spirit. saponat. ad 200,0 und Einsalben für die Nacht mit Sulf. praecip. 10,0, Resorzin 4,0, Vaselin ad 100,0. Nach der Meinung von J. sind vielleicht unter den angeblichen Fällen von Übertragung der Alopecia areata eine gewisse Zahl der Alopecia atrophicans zuzurechnen und die parasitäre Ätiologie der Alopecia areata würde damit noch mehr wie bisher in der Luft schweben. E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Über Alopecia areata, von Alojzy Przezdziecki. (Lemberger m. Wschr., 1913, Nr. 52.) Der Verfasser führt die verschiedenen Ansichten anderer Verfasser über die Ursache der Alopecia areata an und kommt auf Grund eines persönlich genau untersuchten Falles zur Überzeugung, daß sowohl trophische als auch parasitäre Momente bei dem Prozesse eine Rolle spielen. Histologisch fielen meistens Infiltrate sowie Zerfall der Talgdrüsen auf, was Giovanini als erster beschrieben hat.

H. Rosmarin-Lemberg.

Zur Ätiologie der idiopathischen Hautatrophie (Dermatitis atrophicans), von M. Oppenheim. (W. kl. W., 1913, Nr. 47.) O. unternimmt den Versuch, die angeborene Widerstandsschwäche des elastischen Gewebes auf Grund von klinischen Beobachtungen und Experimenten als notwendige Vorbedingung des Entstehens einer idiopathischen Hautatrophie zu zeichnen. Für das Angeborensein als Ursache sprechen vor allem jene Fälle, bei denen angeborene Mißbildungen der Haut mit Atrophia cutis idiopathica zusammentreffen. Ein weiterer Beweis für die angeborene Disposition ist das analoge Verhalten der elastischen Fasern, sowie anderer histologischer Befunde bei den angiomatösen Nävi und der Atrophia cutis idiopathica. Es ist mit der größten Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß der größte Teil der sogenannten idiopathischen Hautatrophien sich dann entwickelt, wenn ein durch intrauterinen Druck oder Zug bereits geschädigtes Elastin in der Haut vorhanden ist. W. Lehmann-Stettin.

Idiopathische Hautatrophie; mit Bericht über einen Fall, von H. G. Irvine-Minneapolis. (J. Am. m. Assoc., 9. August 1913.) Verfasser berichtet ausführlich über einen von ihm beobachteten Fall von idiopathischer Hautatrophie, die in den Vereinigten Staaten selten vorzukommen scheint, und gibt eine klinische Darstellung dieser Erkrankung, wobei er sich hauptsächlich auf deutsche Verfasser stützt.

H. Fendt-Wiesbaden.

Die klinischen Beziehungen des Lupus erythematosus, v. G. Norman Meachen-London. (M. Press a. Circ., 21. Januar 1914.) Die Frage, ob der Lupus erythematosus eine tuberkulöse Erkrankung oder auch eine mit an anderer Stelle des Körpers bestehenden Tuberkulose zusammenhängende Krankheit darstellt, kann gegenwärtig noch nicht entschieden werden. Viele Fälle haben ihre Ursache zweifellos in örtlichen Störungen, wie unbedeutenden Traumen, plötzlichem Temperaturwechsel, die zusammen mit Zirkulationsstörungen unter der Mitwirkung eines Toxins zu chronischen Entzündungen mit nachfolgender Atrophie führen. Hierher gehört hauptsächlich der Lupus pernio. Für die Toxintheorie spricht, daß das Ulerythema nicht selten bei Personen auftritt, die außerdem noch an hypertrophischer oder atrophischer Rhinitis, Erythema induratum, Keratosis pilaris oder Erythema multiforme leiden. H. Fendt-Wiesbaden.

Ein Fall von Morphoea durch Hochfrequenzströme geheilt, von J. Peyri und R. San Ricart. (Ann. d'Electrobiol. et de Radiol., Oktober 1911.) Ein Patient hatte Herde von typischer Sklerodermie mit bläulichrotem Saume. Da die verschiedenen gebräuchlichen Behandlungsmethoden ohne Erfolg blieben, wurde er der Hochfrequenzbehandlung unterworfen. Es wurden jeden zweiten Tag Sitzungen von 5—6 Minuten Dauer für jeden Herd vorgenommen; diese waren nachher stärker hyperämisch als die umgebende normale Haut. Nach 3—4 Sitzungen zeigte sich die vorher elfenbeinerne Haut gefältelt und schuppend. Im weiteren Verlaufe wurde die Haut weich und elastisch; nach 19—26 Sitzungen waren die Herde verschwunden. Nach zwei Jahren hielt das gute Resultat noch an. Das Hochfrequenzverfahren erscheint hiernach als die Methode der Wahl. R. Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Sklerodermie, von A. J. Gilmour-New York. (M. Record., 7. Febr. 1914.) Der mitgeteilte Fall betrifft einen 58jährigen Irländer, bei dem die Erkrankung

Digitized by Google

angeblich ganz plötzlich, mit genauer Zurückführung auf einen bestimmten Tag, an den Händen begann und sich dann über Arme und Beine, Gesicht und Brust ausbreitete. Anfänglich waren die Veränderungen mehr ödematös und rot, die Haut nahm dann den eigentümlichen derben und verdickten Charakter der sklerodermatischen Veränderungen an, um schließlich an den zuerst erkrankten Stellen und den hervorstehenden Gelenken in Atrophie überzugehen. Der Fall war dadurch ausgezeichnet, daß Veränderungen am Larynx und an den Stimmbändern zu gleicher Zeit bestanden und zu unangenehmen subjektiven Empfindungen und zu Heiserkeit Veranlassung gaben. Der Patient ging unter den Zeichen schwerer Atemnot zugrunde; eine Autopsie konnte nicht gemacht werden. W. Lehmann-Stettin.

Ätiologische Betrachtungen über einen Fall von „Sklerodermie der Hände", von E. Grandjean-Interlaken. (Korr. Bl. Schweiz., 1913, Nr. 9.) Fall von Sklerodaktylie mit allgemeinen und lokalen progressiven Störungen der Vasomotoren und trophischen Nerven. Das klinische Bild, die Ergebnisse der chemischen und mikroskopischen Untersuchungen und der Erfolg der Therapie sprechen für eine urämische Ätiologie.
O. Valentiner-Leipzig.

„White-spot disease", von G. M. Mac Kee und F. Wise-New York. (J. Am. m. Assoc., 29. August 1914.) Verfasser hatten Gelegenheit, einen Fall dieser seltenen Affektion bei einem 43jährigen Manne zu beobachten und zwei Biopsien mit einer Zwischenzeit von sechs Monaten auszuführen. Es ergaben sich folgende histologische Befunde: bei der ersten Untersuchung hatte man den Eindruck, daß an verschiedenen Stellen eine perivaskuläre Infiltration mit kleinen Rundzellen, die bei sonstigen Entzündungsprozessen zu beobachten ist, stattgefunden habe, und daß diese getrennten Herde sich allmählich zu einem diffusen Gebilde als Mittelpunkt der Läsion vereinigten; damit in direktem Zusammenhange standen degenerative Vorgänge im oberen Teile des Koriums, während die Beteiligung der Epidermis als eine sekundäre Folge sich darstellte. Bei der um sechs Monate später ausgeführten Biopsie konstatierte man, daß die entzündlichen Vorgänge abgelaufen waren und daß als die wesentlichsten Erscheinungen sich eine Vermehrung des Kollagens, Schwund von Gefäßen und Zerstörung der elastischen Fasern und der Retezapfen vorfanden. Verfasser stimmen der von anderer Seite schon vertretenen Auffassung der Affektion als eine Form von Sklerodermie zu und wollen sie vom Lichen planus atrophicus präzis unterschieden wissen.
A. Philippi-Salzschlirf.

Ein anormaler Fall von Weißflecken-Krankheit, von H. H. Hazen-Washington D. C. (J. Am. m. Assoc., 9. August 1913.) Bei einer 32jährigen Frau waren die ersten weißen Flecken im Nacken aufgetreten; besonders auffallend war deren schneeweiße, glänzende Farbe. Eine spätere genaue Untersuchung ließ an vielen Körperstellen der Patientin ähnliche Flecken entdecken; es handelte sich um Gruppen von meist nicht mehr als vier, keinesfalls um mehr als zehn Flecken. Der klinische Charakter der Eruption schwankte zwischen Morphaea guttata und Lichen planus atrophicus. Histologisch war besonders auffällig das Verschwinden von Kollagen und Elastin in umschriebenen Bezirken des subpapillären Teiles des Koriums. H. Fendt-Wiesbaden.

Alkalisierung der Gewebe bei diabetischer Furunkulose, von Anton Brunner-Klausen. (M. Kl., 1914, Nr. 6.) Ausgehend von der Überlegung, daß die schlechte Heiltendenz von furunkulösen und phlegmonösen Prozessen bei Diabetikern in der Azidose der Gewebe zu suchen sei, verwendete Brunner eine 5%ige Lösung von Natrium bicarbonicum zur Ausspülung der Geschwüre, die dann noch mit steriler Gaze bedeckt oder tamponiert wurden. Von seinen Erfahrungen teilt er zwei besonders

Digitized by Google

günstig verlaufene Fälle, in denen die Reinigung der Geschwüre sehr schnell eingetreten war, mit und rät dringend zu weiteren Versuchen. O. Lasch-Breslau.

Die Delbetsche Operation (Anastomosis sapheno-femoralis), deren Technik und Resultate, von Kostlivý-Trebitsch. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 20.) Bei 12 schweren, mit Ulcera cruris (3) komplizierten Fällen von Venenektasien der unteren Extremitäten erzielte K. sehr gute Resultate, indem er nach Hesse die mobilisierte Vena saphena in eine Stelle der Vena femoralis implantierte, die unterhalb einer funktionstüchtigen Venenklappe lag. Nach der Operation tritt eine Kontraktion der ektatischen Gefäße ein, bei den verdickten und sklerotischen Venen allerdings erst nach Wochen, eventuell Monaten, aber stets ist die Regeneration eine so auffallende, daß man von der Exstirpation chronisch-entzündlicher, thrombosierter Varizen absehen kann. 10 Fälle konnte der Verfasser nach $^1/_2$—2 Jahren revidieren; 8 Fälle waren vollkommen geheilt; bei 2 Fällen bestanden wohl Reste der Varikositäten, aber die Kranken waren vollständig beschwerdefrei. G. Mühlstein-Prag.

Xanthochromia palmo-plantaris bei Diabetes, von Labbé. (Sem. méd., 1914, S. 334.) Ein Mann mit schwerem Diabetes zeigte an Handtellern und Fußsohlen eine intensiv gelbe Verfärbung. Die Lider waren frei. R. Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Xeroderma pigmentosum, von Nicolas, Massia, Gaté und Pillon. (Lyon méd., 1914, Nr. 15.) Bei der 26jährigen Patientin bestanden die typischen Erscheinungen des Xeroderma pigmentosum seit dem zehnten Lebensjahre; durch Radiotherapie waren die epitheliomatösen Geschwüre bereits einmal zur Abheilung gebracht worden. Bemerkenswert ist, daß ein transplantierter Lappen im Gesicht frei geblieben ist. R. Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Xanthelasma. Zytologische und histochemische Tatsachen über die Xanthomzellen, von Policard und Mangini. (Lyon méd., 1914, Nr. 24.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. R. Frühwald-Leipzig.

Geroderma genito-dystrophicum, von Fragola. (Morgagni, 28. September 1914.) An der Hand eines Falles Besprechung dieses Leidens. Verfasser kommt zu dem Schlusse, daß es hauptsächlich von der Erkrankung der Geschlechtsdrüsen abhängig sei, daß aber auch andere endokrine Drüsen (Schilddrüse, Hypophyse usw.) mit beteiligt seien. Den größten pathogenetischen und prädisponierenden Einfluß auf die Erkrankung dieser Organe haben Syphilis und Tuberkulose. R. Frühwald-Leipzig.

Idioneurosen.

Pruritus und Hautreaktionen, von L. Brocq. (Bull. méd., 1913, Nr. 90.) An der Hand zweier Fälle bespricht Brocq die verschiedenen Formen, mit denen die Haut auf Pruritus und auf Kratzen antwortet. Reagiert sie gar nicht, so spricht man von essentiellem Pruritus; oder aber es entsteht einfache Lichenifikation. Es können sich ferner Urtikariaeffloreszenzen bilden, an der Hand die Erscheinungen der Dysidrosis. Bei der Entstehung von Bläschen oder Knötchen bietet sich das Bild des vulgären oder papulovesikulösen Ekzems dar. Bilden sich spitze urtikarielle Knötchen, die sich auch ohne Trauma mit einer Kruste bedecken, so erscheint das Leiden als Prurigo; ferner kann sich das Krankheitsbild der Lichenifikation mit Ekzematisation und der Dermatitis herpetiformis ausbilden. Die Ursache dieser verschiedenen Hautreaktion liegt vor allem in einer nervösen Prädisposition der Kranken; dazu kommen noch nervöse, alimentäre und andere Schädlichkeiten. So scheint der Pruritus mit Lichenifikation hauptsächlich durch Abusus von Kaffe, Tee usw. ausgelöst zu werden; diffuser Pruritus dagegen durch Gicht. Intoxikationen von innen oder außen rufen Urtikaria oder Ekzem hervor, Nieren- und Darmstörungen Prurigo, Störungen der Leber essen-

Digitized by Google

tiellen Pruritus, vorwiegende Fleischnahrung die psoriasiformen Keratosen usw. Es ist bei diesen Affektionen daher jede extreme Therapie nicht von Dauer, wenn nicht gleichzeitig eine Allgemeinbehandlung, bestehend in Änderung der Nahrung, der Lebensgewohnheiten usw., Platz greift. Verfasser weist an der Hand seiner Fälle auf das Alternieren der Hauterscheinungen mit inneren Leiden (Asthma, Nervenkrisen) hin.

R. Frühwald-Leipzig.

Diagnose und Behandlung des Pruritus, von Isadore Dyer-Louisiana. (J. of the Arkansas M. Soc., August 1912.) Nach der Ansicht des Verfassers sind wir in unseren Studien über den Pruritus noch nicht weiter, als daß wir denselben auffassen müssen als eine lokale Störung der Nervenenden, veranlaßt durch Druck, der die Folge von Exsudation oder erhöhter vasomotorischer Spannung ist; ein Juckzentrum können wir vor der Hand nur theoretisch annehmen. Der Zweck der vorliegenden Arbeit ist, den Zusammenhang des Juckreizes mit den verschiedenen Krankheiten klarzulegen. Nie ist der Pruritus idiopathisch. Der Verfasser teilt dann die Dermatosen in einzelne Gruppen ein, wobei er der Hebraschen Einteilung folgt, und bespricht das Vorkommen und die Bedeutung des Pruritus bei den einzelnen Krankheitsgruppen. Es würde uns zu weit führen, seinen detaillierten Ausführungen zu folgen, die nichts wesentlich Neues bringen. Etwas ausführlicher verweilt Dyer bei dem Jucken, das von Veränderungen der Schweißdrüsen ausgeht: „Hyperidrosis, Bromidrosis, Anidrosis"; dann bespricht er den Wert, den die Intensität und Art des Juckens für die Diagnose haben kann, z. B. bei den Pocken; bei diesen besteht, im Gegensatze zu den anderen Exanthemen, bei denen der Juckreiz meist mit dem Ausbruch verschwindet, derselbe fort, solange Bläschen vorhanden sind, und ist differentialdiagnostisch gegen Lues und Pemphigus zu verwerten. Auch auf das Zustandekommen des Juckens bei der Skabies, besonders während der ersten Nachtstunden, geht der Verfasser etwas näher ein; ebenso bei Prurigo und Urtikaria; von Arzneimitteln, die Jucken hervorrufen können, nennt Dyer besonders Arsen und Chinin. Der eigentliche allgemeine Pruritus ist eine Neurose, hervorgerufen entweder durch falsche Ernährung oder Kleidung, oder er ist ein Symptom eines Allgemeinleidens: Diabetes, Ikterus, harnsaure Diathese. Von den lokalen Pruritus kommen in Betracht besonders der Pruritus analis (Hämorrhoiden, Fissuren, Würmer) und der Pruritus vulvae (Erkrankung des Uterus, der Adnexe, Fluor, Infektion der am Eingange der Vulva liegenden Drüsen). Endlich ist hervorzuheben neben dem Pruritus hiemalis, der meist durch die Kleidung verschuldet wird, der Pruritus senilis, der die Befallenen oft bis zur Erschöpfung peinigt. Therapeutisch ist es wichtig zu unterscheiden, ob der Pruritus das eigentliche Leiden oder das Symptom einer Krankheit ist: gegen das Jucken bei Dermatitis herpetiformis, den Lichenerkrankungen und bei Prurigo, hat sich das As als sehr wirksames Mittel bewährt, beim Erythem, der Urtikaria und ähnlichen hat das Strychnin oder Phosphor gute Dienste geleistet; das gleiche gilt von Cannabis indica, Chlorkalzium, Antipyrin kombiniert mit Natr. salicyl. und vielen anderen, die in manchen Fällen sehr wirksam sind und in anderen versagen. Zur Allgemeinbehandlung ist sorgfältige Auswahl der Diät (leichte Laxantien und alkalische Mineralwasser) und der Kleidung zu treffen. Die lokale Behandlung muß individualisiert werden. Es kommen Bäder in Betracht, so heiß als sie vertragen werden mit oder ohne Zusatz (Stärke, Malven, Kleie, Schwefel), an Stelle der Bäder lokale feuchte Kompressen mit gesättigter Borsäurelösung. Auch feste Filzverbände mit Teer oder nur trockener Watte, die tagelang liegen bleiben, werden empfohlen. Dann nennt der Verfasser kurz die bekannten Mittel, wie Karbolsäure, Resorzin usw., teils rein, teils in Form von Ölen. Zum Schlusse erwähnt Dyer noch, ohne näher darauf einzugehen, die Behandlung mit X-Strahlen und Hochfrequenzströmen.

O. Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Zur Behandlung des Pruritus cutaneus mit Ugt. Allantoin. comp. (Antiprurit), von Baümer-Berlin. (Klin. ther. Wschr., 1913, Nr. 46.) Verfasser empfiehlt als Ersatz für die bisher angewandten Mittel gegen Pruritus, die ihrerseits häufig nicht frei von reizenden Bestandteilen seien und so einen Circulus vitiosus erzeugten, das „Antiprurit" (= Ugt. Allantoin. comp. Koch; Fabrikant Dr. Fritz Koch, München). Die Bestandteile sind: Allantoin. 0,6%, Acid. carbolic. 0,5%, Alumin. acetic. 3%, Plumb. acetic. 2%, Bornyl. acetic. 1%, Menthol 0,4%, Mucilago tritici 40%, ad. Suilli comp. 52,2%. Ihre hervorragend juckstillende Wirkung hat er erprobt bei Skabies als Symptomatikum und postskabiösen Ekzemen und Pruritus; ferner bei Pruritus genitalis, Lichen chronicus, Erythema exsudat. multiforme und zwölf Fällen von Urtikaria. Besonders hervorgehoben wird die völlige Reizlosigkeit, sowie die angenehme kühlende Wirkung.

Glombitza-Dresden.

Pruritus der Tabiker, von V. Cordier und R. Crémieu. (Lyon méd., 1914, Nr. 29.) 43jähriger Patient mit manifester Tabes; plötzlich setzte ein heftiger, nachts exazerbierender Pruritus ein. Die befallenen Stellen begrenzten sich vorne mit den Leistenbeugen, hinten mit dem oberen Drittel der Nates. Diese Region entsprach dem Innervationsgebiet des 2.—4. Lumbal- und 1.—2. (teilweise auch 3.) Sakralsegmentes. Im selben Gebiete bestand Hypästhesie für alle Qualitäten. Besserung durch epidurale Kokaininjektion, Heilung durch Neosalvarsan. Im Gegensatze zu anderen Fällen war im vorliegenden der Pruritus nicht lokalisiert, betraf einen ausgesprochenen Tabiker und war nicht von gastrischen Krisen begleitet; diese hatten im Gegenteil während der Dauer des Pruritus ausgesetzt. Verfasser ist der Ansicht, daß der Pruritus bei Tabikern immer segmentären Charakter hat, sowie daß er durch Insuffizienz, nicht durch Reizung der Nervenwurzeln bedingt sei. R. Frühwald-Leipzig.

Hartnäckiger Pruritus ani, von W. B. Cunningham-New York. (M. Record, 15. Nov. 1913.) Eine ziemlich vollständige Aufzählung aller der lokalen und allgemeinen Ursachen, die unter Umständen für hartnäckiges Jucken am After verantwortlich zu machen sind. Zugleich eine Zusammenstellung aller derjenigen Organerkrankungen, die nah oder fern vom Ort der Erkrankung gelegen, doch in irgend welcher Beziehung zu der Erkrankung stehen. In beinahe jedem neuen Einzelfalle ist die ganze Liste der Möglichkeiten zu erwägen und oft genug wird es passieren, daß die eine oder andere Organerkrankung beseitigt wird, ohne daß der Pruritus weicht; oder daß alle Möglichkeiten probiert und schließlich doch Narkotika zu Hilfe genommen werden müssen. In der sonst ausführlichen Darstellung erscheint der Hinweis auf Erkrankungen der Prostata nicht genügend. W. Lehmann-Stettin.

Zur Behandlung des Pruritus ani, von Ludwig Waelsch. (Prag. m. W., 1914, Nr. 5.) Die vom Verfasser in einer großen Zahl von Fällen erfolgreich durchgeführte Behandlung besteht auch in den Fällen, in welchen keine hämorrhoidalen Störungen vorhanden sind, in konsequentest durchgeführter „Anikure" (Reinigungsverfahren von Lenhossék angegeben), die gewöhnlich einmal täglich nach jedesmaliger Stuhlentleerung erfolgt. Gegen den Juckreiz, der sich nach dem Zubettgehen regelmäßig einstellt, bewährt sich der Arzbergersche Mastdarmkühler, abends ausgeführt von mindestens 20 Minuten Dauer. Es genügt, dann hinterher den Anus einzupudern und ein Flöckchen Watte, das durch den Puder durchgezogen wird, einzulegen. G. Heymann-Elbing.

Chirurgische Behandlung des inveterierten Pruritus ani, von P. Chastenet de Géry. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 82.) Verfasser bespricht die Technik der verschieden zur Radikalheilung des Pruritus ani angegebenen operativen Methoden. Die beste Methode ist die Durchtrennung des perinealen Astes des Nervus pudendus internus;

Digitized by Google

der Nervus dorsalis penis muß wegen der Erektionsfähigkeit geschont werden. Zweckmäßig werden auch die Hautnerven des Anus durchtrennt. R. Frühwald-Leipzig.

Sekretionsanomalien.

Ein neues Mittel zur Beseitigung des Schweißgeruchs, von Kantorowitz. (Allg. m. Zztg., 1914, Nr. 2.) „Transpirol" besteht aus Homologen der Benzolkarbonsäure. Es ist in Puder- und Salbenform im Handel. Bei fötidem Fuß- und Achselschweiß soll es nie versagen. Auch bei Handschweiß hatte Verfasser guten Erfolg.

O. Valentiner-Leipzig.

Saprophyten und Fremdkörper.

Argyrie nach dem Gebrauch von Kollargol, von Antonio M. Crispin-New York. (J. Am. m. Assoc., 2. Mai 1914.) Eine Patientin hatte wegen gastrointestinaler Störungen lange Zeit Kollargol innerlich genommen, mit dem Erfolg, daß ihr Gesicht eine dunkelblaue Verfärbung annahm. Ein Versuch, durch Jodkalium die Hautfarbe aufzuhellen, mißlang völlig, dagegen hatte Hexamethylentetramin, innerlich genommen, einigen Erfolg. Bei Gelegenheit einer Blinddarmoperation konnte festgestellt werden, daß die Muskeln und Eingeweide bläulich verfärbt waren. H. Fendt-Wiesbaden.

Über Entfernung von Tätowierungen, von K. Stern-Fürth i. B. (M. m. W., 1913, Nr. 49.) Die Entfernung von Tätowierungen erzielt Verfasser, indem er eine die Farbe verdeckende Masse an der betreffenden Stelle in die Haut einbringt, d. h., indem er die blauen und roten Stellen übertätowiert. Er gebraucht dazu Instrumente, welche aus einem Griff bestehen, der Nadeln je in verschiedener Zahl und Anordnung trägt. Die deckende Masse ist zusammengesetzt aus R. Zinc. oxyd., Creta alba, Laktis und Alkohol (96%) āa. Wenn die ursprüngliche Tätowierung nicht gar zu intensiv gewesen war, gelingt es oft in einer einzigen Sitzung, dieselbe zum Verschwinden zu bringen; sonst wiederholt man nach achttägiger Pause die Behandlung noch ein- bis zweimal. A. Philippi-Salzschlirf.

Zwei Fälle von Mohrrübenfärbung, von E. Möinichen-Holmenkollen. (Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, 1914, Nr. 8.) Im Anschluß an vegetarische Diätbehandlung mit wesentlich rohen Mohrrüben trat Färbung der Haut auf. Der eine Patient (ein 23jähriges Fräulein) zeigte die Mohrrübenfärbung erst nach sechs Monaten. Die Farbe trat am stärksten im Gesicht und an den Händen hervor; 14 Tage nach Aufhören mit den Rüben, war die Farbe schon geschwunden. Der zweite Patient (Bruder der vorstehend Beschriebenen) hatte dieselbe vegetarische Diät innegehalten. Nach zwei Monaten zeigte auch er eine ausgesprochene Mohrrübenfärbung der Haut, auch wesentlich im Gesicht und an den Händen. Die Dosis war ungefähr 2—3 große Mohrrüben ein- bis zweimal täglich. W. Holland-Kristiania.

Skabiesebaga an Stelle von Unguentum sulfuratum Wilkinsoni in der Skabiestherapie, von Neugebauer-Wien. (Ther. d. Gegenw., Juli 1914.) Skabiesebaga ist ein mit Pinosol, einem gereinigten Holzteerpräparat, und der Salbengrundlage Ebaga hergestelltes Mittel. Der Verfasser hält es gleichwertig der Wilkinsonschen Salbe, angenehmer und reinlicher bei der Anwendung und, da das Mittel an der Ausübung des Berufes nicht hindere, trotz des höheren Preises, für ökonomischer. (Nach des Referenten Ansicht haben diese Eigenschaften recht viele Skabiesmittel.)

E. Brinitzer-Altona.

Behandlung der Krätze mit Sulfidal, von J. Odstrčil-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 26.) Verfasser behandelte im Prager Garnisonspital etwa 100 Soldaten

Digitized by Google

mit Sulfidal. Dasselbe läßt sich in fein verteiltem Zustand auf die Haut bringen, kann tiefer in die Haut eindringen und seine keratolytische Eigenschaft leicht zur Geltung bringen. Da es nicht riecht, eignet es sich zur ambulanten Behandlung ohne Berufstörung. Die Soldaten können demnach bei ihrem Truppenkörper verbleiben. Nur dauert die Behandlung etwas länger und ist etwas teurer als mit Styrax. Das Sulfidal ist ungiftig, verursachte keine Nierenreizung, Rezidive traten nicht auf; die Wäsche wird nicht verdorben. G. Mühlstein-Prag.

Über Ristin, ein neues Krätzemittel, von Treitel. (Ther. d. Gegenw., 1913, H. 2) Ristin, das von den Elberfelder Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in den Handel gebracht wird, ist eine 25%ige Alkohol-Glyzerinlösung des Monobenzoesäureesters des Äthylenglykols. T. rühmt dem Mittel nach, daß es sicher wirksam und geruchlos ist und keine Flecke in die Wäsche macht. Die Originalflasche kostet 5 Mk. Für Krankenhäuser gibt die Firma Ristin. purum ab, und nach der Rezeptformel: Ristin. pur. 50, Spiritus 125,0, Glyzerin 25,0, können die Apotheken an Krankenhäuser die Lösung billiger liefern als in der Originalpackung. E. Brinitzer-Altona.

Ein Fall von multiplem Zystizerkus, von N. Müller. (Med. Obosrenje, 1914, Nr. 81, S. 340.) Die 48jährige Kranke wies im Unterhautzellgewebe eine Menge derber, glatter, beweglicher, unempfindlicher Gebilde von Kaffeebohnen- bis Haselnußgröße auf, welche sich leicht in der rechten Schläfenregion, zu beiden Seiten des Halses, auf der Brust, den Armen und auf dem Bauch durchpalpieren ließen, während sie auf dem Rücken, sobald die Kranke sich nach vorn beugte, sogar mit bloßem Auge sichtbar wurden. Außerdem bestand noch eine Parese bei der nativen Asti des Nervus facialis sin., wie eine linksseitige Hemiparese. Klinisch erinnerte der Fall an Morbus Recklinghausen, histologisch erwies es sich um Bläschenbildungen von ovaler Form im Unterhautzellgewebe, und bei deren Eröffnung um ein grauweißes Körperchen im Innern, d. h. um den Zystizerkus der Taenia solium. Die Frau hatte sich vorzüglich von gesalzenem Schweinefleisch genährt. A. Jordan-Moskau.

Ein Fall von Dracunculosis medinensis, von Joh. Cammermeyer-Kristiania. (Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, 1914, Nr. 10.) Aus Boma (Belgisch-Kongo), wo er mehrere Jahre praktiziert hatte, berichtet Verfasser von seinem Kranken, daß er seit einiger Zeit Schmerzen im linken Fuß und eine Geschwulst am inneren Knöchel gefühlt hatte. Am 21. IV. 1914 war es zur Perforation gekommen, und der Kranke sah einen feinen drahtförmigen Wurm, der im Begriff war, die Wunde zu verlassen. Wie gewöhnlich in seiner Heimat Accra machte er den Wurm an einem Draht fest und suchte den Arzt tags darauf. Der linke Fuß und die Wade waren glänzend, geschwollen; am Knöchel eine furunkelähnliche Geschwulst, wallnußgroß, sehr empfindlich. Es fand sich hier eine Öffnung von 3×3 mm, wovon ein feiner, trockener Draht heraushing. Beim Ziehen kam ein Stück frischen Wurmes hervor. In diesen wurde 1‰ Sublimatlösung gespritzt, und mit Leichtigkeit ließ sich jetzt ein 16 cm langes Stück ausziehen; dann ging er in Stücke. Während der Operation floß eine milchähnliche Flüssigkeit heraus. Am 29. April kam der Mann wieder. Der Wurm hatte dann eine neue Öffnung, ein paar Zentimeter entfernt, gemacht. Es wurde jetzt in derselben Weise 40 cm extrahiert, und am 6. Mai weiter 8 cm; der Wurm hatte wieder eine neue Öffnung verursacht. Heilung in wenigen Tagen. Der Wurm war 69 ccm lang und war eine Filaria medinensis. Dieser Wurm ist im Kongodelta eingeschleppt durch diesen Kranken aus Accra, wo er endemisch ist. Die Zeit von der Aufnahme der Mikrofilarien in den Körper bis zum Hervorkommen dauert gewöhnlich ein Jahr. Die Eingeborenen wickeln auf ein kleines Holzstück so viel vom Wurm auf, als sich leicht aufrollen läßt, und machen dann das Holzstück mit einem Draht fest; dies wird täglich wiederholt, bis der

Digitized by Google

ganze Wurm aufgewickelt ist. Die mikroskopische Untersuchung der milchähnlichen Flüssigkeit, die der Gebärmutter des Wurmes entstammte, zeigte eine Unmenge von Mikrofilarien. Das Blut des Kranken zeigte keine solchen; die Zahl der eosinophilen Zellen war vermehrt. W. Holland-Kristiania.

Abszeß durch einen tierischen Parasiten, von C. Manthey-Horten. (Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, 1914, Nr. 7.) Patient hatte seit vier Jahren eine Geschwulst am linken Augenlid gehabt. Ab und zu schwoll sie auf und es entleerte sich dann etwas von einer stinkenden, talgähnlichen Masse. Sie präsentierte sich als eine rosinengroße, rote Geschwulst in der Haut, an der Stelle des Saccus lacrymalis, doch mehr oberflächlich. Mit dem scharfen Löffel wurde stinkender Eiter und Talgmassen ausgekratzt, nebst einem stecknadelkopfgroßen, spiralenförmig gewundenem Etwas, das sich unter dem Mikroskop als eine tierische Chitinkapsel entpuppte. Entomologisch schien es die Raupe des Attagenus pellio Lin. zu sein, die sich gewöhnlich auf Pelzwerk, Häuten, alten Kleidern, ausgestopften Tieren usw. findet, wo sie viel Schaden anrichtet. Das Insekt selbst findet sich oft an Blumen mit anderen Insekten zusammen, die Blumenstaub fressen. W. Holland-Kristiania.

Lokalisation des Phthirius pubis auf der behaarten Kopfhaut des Erwachsenen, von J. Brault und J. Montpellier. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 49.) Ein 35jähriger Marokkaner kam wegen heftigem Pruritus in Behandlung. Es fand sich bei ihm eine ungeheure Menge von Filzläusen an den Prädilektionsstellen, ferner im Barte, an den Wimpern und Augenbrauen und auf dem behaarten Kopfe. Sie okkupierten hauptsächlich die Temporal- und Okzipitalgegend und reichten bis über 5 cm über die Haargrenze hinaus; sie hafteten an den Haaren und an der Haut. Die Schleimhaut des Patienten zeigte Pigmentierungen. R. Frühwald-Leipzig.

Einige Bemerkungen zur Prophylaxe der Pedikulosis, von Stefan Weidenfeld und Erwin Pulay-Wien. (W. kl. W., 1915, Nr. 6.) Die Verfasser empfehlen gegen die Pediculi vestimentorum ein Gemisch von Paraffin und Anisöl, mit welchem die Unterwäsche getränkt werden soll. Das zur Imprägnierung verwendete Präparat hat folgende Zusammensetzung. Rp.: Paraffini solidi (von 52° Schmelzpunkt) 50,0, Oleum anisi purum 5,0, Paraffini liquidi ad 100,0. D. S. Zur Imprägnation der Wäsche. H. Vörner-Leipzig.

Ein laussicheres Übergewand, von Mathilde und Roland Grassberger. (W. kl. W., 1915, Nr. 9.) Es handelt sich um die praktische Ausführung der Idee, einen Körper und Kleidung mit Freilassen der Hände und des Gesichtes vollkommen abschließenden und daher gegen ein Einwandern der Läuse schützenden Überzug zu konstruieren, welcher außerdem noch durch beliebige desinfizierende Lösungen imprägniert werden kann. Es wird ein Modellschnitt angegeben, nach welchem man dieses Schutzkostüm von jedem Schneider anfertigen lassen kann. H. Vörner-Leipzig.

Über die Befreiung der Truppen von Kleiderläusen. Der Eisenbahnzug als Desinfektionszug, von A. Glingar. (W. m. W., 1915, Nr. 9.) Das Prinzip der Desinfektion besteht darin, den Dampf der Lokomotive durch ein Rohr in die Wagen zu leiten und auf diese Weise nicht bloß diese, sondern auch die darin aufgestapelten Gegenstände der Temperatur des durchströmenden Dampfes auszusetzen. H. Vörner-Leipzig.

Mißbildungen.

Dissoziation in der Haarbildung, von Sicard und Reilly. (Bull. méd., 1913, Nr. 95.) Bei der 30jährigen Frau ist seit vier Jahren starke Haarbildung im Gesichte, in den Achseln, am Genitale und an den Extremitäten aufgetreten; die Kopfhaare sind

Digitized by Google

dagegen stark ausgefallen. Der Liquor enthält viel Eiweiß; Verfasser glauben daher an eine Kompression der nervösen Zentren, wahrscheinlich durch die Hypophyse. Injektionen von Hypophysenextrakt blieben erfolglos. R. Frühwald-Leipzig.

Hypertrichosis bei Frauen. Ihre Beziehung zum Hermaphroditismus, mit Bemerkungen über Bisexualität bei Tieren, von Herbert Claiborne-New York. (New York m. J., 13. Juni 1914.) Wohl übereinstimmend mit der allgemeinen Beobachtung hat Verfasser beinahe in allen Fällen von übermäßigem Haarwuchs bei Frauen mehr oder weniger männlichen Typus bei denselben gesehen: grobe Gesichtszüge, rauhe Stimme, männliches Becken, flache Brüste, mehr oder weniger männliche Neigungen. Er betrachtet weiterhin das Vorhandensein weiblicher Eigenschaften bei Männern und männlicher bei Weibern als Variationen in dem Grade der bisexuellen oder hermaphroditischen Natur des Genus homo und möchte sogar beweisen, daß dieses Zwittertum in normaler Weise beim Menschen und ebenso bei vielen, wenn nicht den meisten, der niederen Tiere vorhanden ist. Das Vorhandensein der Brustdrüsen beim Manne und der Klitoris beim Weibe sei ein schlagender Beweis für diese Annahme, neben vielen anderen analogen Zuständen in den beiderseitigen Geschlechtsorganen. Vollständiger Hermaphroditismus bei erwachsenen Menschen ist als unzweifelhaft festgestellt worden, wie zahlreiche Fälle in der medizinischen und gerichtsärztlichen Literatur beweisen. Ohne Zweifel sind die sogenannte sexuelle Perversion oder homosexuellen Neigungen eine Erscheinung von partiellem Hermaphroditismus, und bei dieser Zuneigung zum eigenen Geschlecht gibt es weitgehende Verschiedenheiten in Grad und Art. Cl. hält es daher nicht für richtig, solche Fälle, wie sie auch aus der Geschichte berühmter Männer und Frauen (Kaiser Hadrian, Sappho) bekannt sind, als eine Art Degeneration oder Atavismus anzusehen, sondern nur als verschiedene Grade in der bisexuellen Natur des Menschengeschlechts und keineswegs als Rückgang (atavistischer Rückschlag) zu den niederen hermaphroditischen Tieren. Ohne auf die weiteren physiologisch-psychologischen Beweisgründe einzugehen, seien noch die endgültigen Schlußfolgerungen der höchst lesenswerten Arbeit angeführt: der Mensch im genetischen Sinne des Wortes ist von Natur aus partiell bisexuell, indem das Weib mehr oder eher von der Natur des Mannes als der Mann vom Weibe annimmt und diese Tatsachen mit deren biologischen und soziologischen Entwicklung in Übereinstimmung sind.

M. Stern-München.

Weitere Beiträge zur Behandlung der Hypertrichose mit Röntgenstrahlen, von D. Chilaiditi-Konstantinopel. (M. m. W., 1914, Nr. 46.) Zur Entfernung von Markhaaren (nicht aber von Flaumhaaren) hat Verfasser folgende Methode sehr bewährt gefunden: Die betreffenden Haare werden einzeln mit der Pinzette ausgezogen, und zwei oder drei Tage später wird das betreffende Gebiet unter Benutzung eines Filters von 3 mm Aluminium plus 5 mm Leder einer mittelharten Strahlung ausgesetzt bis zur Erzeugung einer schwachen bis mittelstarken Reaktion ersten Grades. Die Reaktion wird 1—2 Wochen anhalten, aber nach einem Monat muß dann die Haut ihr gewöhnliches Aussehen wieder erlangt haben. Auf diese Weise werden die nach der Pinzettenepilation neu entstehenden Zellen in der Papille fast sämtlich zerstört. Nach drei Monaten treten höchstens 5—10% der Haare wieder hervor; diese werden am besten dann elektrolytisch entfernt. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Entfernung des Frauenbartes, von K. Unna-Hamburg. (M. m. W., 1914, Nr. 44.) Die vielfachen Schattenseiten der elektrolytischen Behandlung und der Entfernung der Haare mit der Kromeyerschen Stanze, welche bisher immerhin als die wirksamsten Hilfsmittel gelten konnten, haben an der Unnaschen Klinik vor Jahren Anlaß gegeben, eine andere Lösung des Problems zu suchen, indem man nämlich die

Digitized by Google

Haare durch Depigmentierung mittels Sauerstoffseifen möglichst unsichtbar machte. Dies wird durch Bearbeiten mit 2—20%iger Natriumsuperoxydseife (Pernatrolseife) in sehr befriedigender Weise erreicht. Außerdem hat es sich gezeigt, daß das Wachstum der Haare bei dieser Kur ganz deutlich eingeschränkt wurde. Als weiteres Hilfsmittel kommt noch das von Frau Schwenter-Trachsler empfohlene Polieren der behaarten Stellen mit Bimstein hinzu. Dies wird entweder mit den (in der Schwanapotheke in Hamburg erhältlichen) nach U.s Angaben angefertigten gepreßten Bimsteinstücken oder mit Pulvis cutifricius, der mit einem feuchten Wattebausch oder mit dem Finger aufgenommen wird, ausgeführt. Eine Durchschnittsbehandlung dauert 8—14 Tage und gestaltet sich folgendermaßen: Einschäumen, solange es vertragen wird, 2—10 Minuten, mit fester Pernatrolseife; alsdann werden die eingeschäumten noch feuchten Hautpartien 2—5 Minuten lang poliert, worauf man die Haut abtrocknet und mit Gelanthcreme bedeckt. Bei weniger empfindlicher Haut kann die Prozedur auch zweimal im Tage wiederholt werden. A. Philippi-Salzschlirf.

Dauernde Epilation durch Röntgenstrahlen ohne Schädigung der Haut, von Chilaiditi-Konstantinopel. (D. m. W., 1913, Nr. 47.) Die Ursache der schlechten Resultate bei der Behandlung der Hypertrichose mit Röntgenstrahlen lag besonders darin, daß die Papille nur um ein Geringeres röntgenempfindlicher ist als die Epidermis, so daß die Röntgendosis, bei der die Papille dauernd geschädigt werden konnte, meist auch die Haut dauernd schädigte. Dem Verfasser ist es gelungen, die Röntgenempfindlichkeit der Papille dadurch zu steigern, daß er durch Epilation mit der Pinzette den Wachstumstrieb der Papille verstärkt. Nach Angabe des Verfassers ist die Röntgenempfindlichkeit der Papille 2—5 Tage nach Epilation durchschnittlich um ein Viertel bis um die Hälfte höher, als die der normalen Papille. Verfasser glaubt durch starke Filterwirkung (3—4 mm Aluminium) Dauererfolge erzielt zu haben. Flaumhaare eignen sich nicht für diese Behandlung. Haller-Dresden.

Verschiedenes.

Prof. Domenico Majocchi in Bologna feiert heuer das 35jährige Jubiläum seiner Tätigkeit als Universitätslehrer.

Priv.-Doz. Dr. Josef Kyrle-Wien wurde zum Schriftführer der k. k. Gesellschaft der Ärzte gewählt.

Dr. Iwan Bloch-Berlin ist zurzeit als ordinierender Arzt am Reservelazarett in Beeskow (Reg.-Bez. Potsdam) tätig.

Geh. Med.-Rat Prof. Paul Strübing, gewesener Direktor der medizinischen Universitäts-Poliklinik in Greifswald, ist gestorben. Von ihm stammen auch mehrfache dermatologische und urologische Arbeiten (über zirkumskriptes Ödem, Herpes zoster u. a.).

Prof. Georg Cornet-Reichenhall, Mitarbeiter Robert Kochs und gewesener Assistent der dermatologischen Klinik in München (1882), ist in Berlin an Flecktyphus gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

1. Mai 1915 | Nr. 18 | Band 60

Beiträge zur Histopathologie der Tierhaut.

Von

Louis Merian, Zürich.

(Mit 1 Abbildung.)

2. Der Akarusausschlag
(Demodexräude, Haarsackmilbenausschlag, Follikelräude).

Wie bereits der Name sagt, ist die Demodexräude eine durch die Demodexmilbe erzeugte Hauterkrankung. Die Demodizes sammeln sich in den Haarbälgen an und erzeugen dort eine Veränderung und einen Ausschlag. Nach Schindelka erkranken kurzhaarige und junge Tiere häufiger als langhaarige und ältere Tiere. (Von 271 Hunden, welche der Wiener Klinik zur Behandlung wegen der Demodexräude zugeführt wurden, waren 229 kurzhaarig und nur 42 langhaarig)[1]). Lindquist, Müller, Ronai usw. beobachteten das Auftreten des Akarusausschlages beim Schwein. Lindquist stellte bei einem Schwein an der Innenfläche der Schenkel eine große Menge stecknadelkopfgroßer Geschwülste fest. Die Geschwülste enthielten eine große Menge Akari. Prietsch fand bei einem Samburhirsch des Leipziger zoologischen Gartens die Demodexräude über den ganzen Körper ausgebreitet. Zschokke beobachtete die Haarsackmilbenkrätze bei Feldmäusen. Auch Ziegen, Katzen, Rinder, Kaninchen und Fledermäuse sollen an Akarusräude erkranken. Die Demodexmilbe kommt auch beim Menschen, sowohl als harmloser Saprophyt, als auch gelegentlich als Krankheitserreger vor. Heller erwähnt in seiner „Vergleichenden Pathologie der Haut", einen Fall von Babes, aus welchem hervorgeht, daß der Demodexausschlag der Tiere gelegentlich auf den Menschen übergeht. Ich möchte von den sehr spärlichen Fällen der sicheren Übertragung des Akarus der Tiere auf die menschliche Haut nur noch den beweisendsten aller Fälle, den von Lewandowsky, erwähnen. Dieser fand bei einem an einem impetiginösen Ekzem des Gesichts leidenden Italiener mikroskopische Parasiten, welche der Demodexgruppe angehörten und als Demodex canis angesprochen werden mußten, obwohl die Ansteckungsquelle nicht ermittelt werden konnte.

[1]) Schindelka, Hautkrankheiten bei Haustieren. 1908, Bd. 4, S. 242.

Digitized by Google

Man unterscheidet klinisch zwei Formen von Akarusräude, eine squamöse und eine pustulöse, zwischen welchen es Übergangsformen gibt. Obwohl die Milben in sehr großer Zahl in den Haarfollikeln der Hunde vorkommen, findet die Ansteckung von Hund zu Hund, auch wenn die Hunde zusammenleben, nicht immer statt, während bei anderen Fällen ein kurzes Zusammenleben genügt, um die Ansteckung zu vermitteln. Guinard gelang es auf experimentellem Wege, die Akarusräude von einem Kranken auf einen gesunden Hund zu übertragen. Durch Einreiben akarushaltigen Materials auf die Haut eines halbjährigen Hundes, erzeugte er im Laufe eines Monates einen typischen Akarusausschlag. Übertragungsversuche auf ältere Hunde verliefen negativ. Die Infektion erfolgt wohl ausschließlich durch unmittelbare Übertragung der Demodizes vom kranken auf das gesunde Tier[1]). Die Haarsackmilbe wurde nahezu gleichzeitig von drei Forschern, Berger, Henle und Simon, unabhängig voneinander im Jahre 1841—1842 entdeckt. Der Leib der Demodizes ist langgestreckt, walzenförmig, etwa 0,3 mm lang, nach hinten zugespitzt und fein gestreift. Der Kopf ist hufeisenförmig. Auf dem Leibe, auf dessen ventraler Seite, befinden sich bei der Jugendform der Demodex drei, im ausgewachsenen Zustande vier Paar mit Krallen versehener kurzer Füße.

Daß die Demodexräude eine schwer zu heilende Krankheit ist, geht aus der großen Menge von Behandlungsmethoden und Medikamenten, welche sich bei der Akarusräude bewähren sollten, hervor. Es wurden unter anderen folgende Mittel angepriesen: Kreolin (Guinard), Ichthargan, Jod und Teervasogen (Diffine), Perubalsam (Siedamgrotzky), salpetersaures Silber und Alkohol (Scheben), Styrax (Albrecht), Schwefelleberbäder (Friedberger), Jodtinktur (Koppel), Formalin (Schindelka, Sehjeflo), Schwefelkohlenstoff (Schindelka), Wacholderöl (Unterberger), Alkohol (Dupas), Schwefelblumen (Dietz), Petroleum (Altmann), Quecksilber und Kantharidinsalbe (Helbrant, Antoine), Salizylöl usw., Bäder, Skarifikation, Kauterisation, Ausquetschen und Exzision usw.

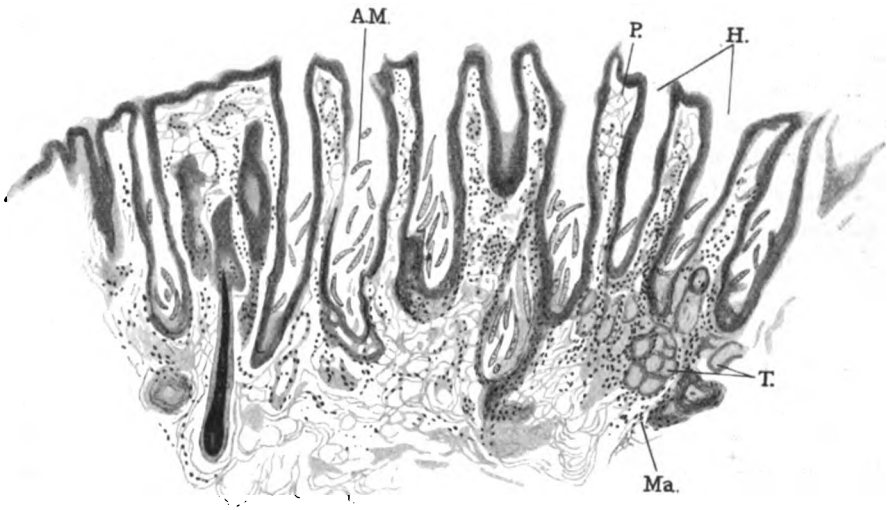
Mikroskopischer Befund. Die mir zur Verfügung gestellten Hautstücke zerlegte ich in senkrecht und parallel zu den Haarbälgen geführte. Ich beginne mit der Beschreibung eines Schnittes, der parallele Schnittrichtung mit den Haarbälgen aufweist.

Obwohl das Hautstück von der Kopfhaut eines Hundes stammt, welcher am übrigen Körper ein sehr dichtes Haarkleid zeigt, erkennt man schon bei der Betrachtung des Präparates bei schwacher Vergrößerung, daß nahezu sämtliche Haare ausgefallen sind. An jenen Stellen,

[1]) Guinard, Übertragung und Heilungsversuche betreffend die Akarusräude des Hundes. Zit. Jahresbericht über die Leistungen auf dem Gebiete der vet. Med., 1886, S. 149.

Digitized by Google

wo einst die Haare gesessen hatten, stülpt sich das Epithel fingerförmig in die Kutis hinein vor. Diese um das Drei- und Mehrfache erweiterten tiefen Epitheleinsenkungen entsprechen den Haarfollikeln, welche mit verhornten, von der Wurzelscheide abstammenden Massen mehr oder weniger ausgefüllt sind. In diesem Hornzellendetritus liegen im unteren Drittel des Haarbalges die Demodexmilben. Die Zahl derselben ist verschieden: ich habe in einzelnen Haarbälgen nur ganz vereinzelte gezählt, in anderen hingegen 50 und mehr. Bei starker Vergrößerung betrachtet, finden sich alle Entwicklungsstadien nebeneinander. Zwischen kleinen Gebilden, die man als in der Furchung begriffene Eier ansprechen muß, finden sich große wohlausgebildete Individuen, welche meist mit der



H. = Haarfollikel sehr stark erweitert, enthalten die Akarusmilben und die von der inneren Wurzelscheide stammenden Hornmassen, A.M. = Akarusmilben, Längs- und Querschnitte, Ma. = Mastzellen, T. = Talgdrüsenquerschnitte, P. = fadenförmige Papillen mit stark erweiterten Blutgefäßen und Mastzellen.

Achse des Haarfollikels parallel liegen und mit dem Kopf nach dem Grunde des Follikels zu gerichtet sind. Die Demodexmilben begnügen sich nicht nur mit dem Haarfollikel, sondern wandern von dort auch in die mit den Follikeln in Verbindung stehenden Talgdrüsen aus und verursachen auch dort den Untergang des drüsigen Elementes und eine bläschenförmige Erweiterung des Drüsenschlauches. Das Eindringen der Milben in die Talgdrüsen muß, nach meinen Präparaten zu schließen, als ein nicht sehr häufig vorkommendes Ereignis angesehen werden. Ein Eindringen von Milben in die Schweißdrüsen habe ich nicht beobachtet. Zwischen den verbreiterten Epithelleisten finden sich fadenförmige und sehr in die Länge gezogene Papillen, welche sehr stark erweiterte Gefäße aufweisen, die ihrerseits wiederum von prächtig ausgebildeten Mastzellen mit Hofbildung begleitet sind. In der Tiefe der Kutis kommen, um Gefäße und Schleimdrüsen gelagert, Plasmombildungen vor. Neben den schönsten pflastersteinförmigen Plasmazellen sieht man

Digitized by Google

Übergänge derselben zu Spindelzellen und eine große Menge wohlausgebildeter Mastzellen.

Wir haben uns den Verlauf der Infektion der Hundehaut mit Demodex folliculorum folgendermaßen zu denken. Die Milbe dringt längst des Haarschaftes in die Tiefe des Follikels ein, vermehrt sich, bringt das Haar zum Ausfall und erweitert den Haarfollikel. Von hier aus wandert sie zuweilen auch in die Talgdrüsen ein und erweitert und zerstört den Drüsenschlauch mehr oder weniger. Dieses soeben geschilderte Krankheitsbild ist charakteristisch für die squamöse Form der Akaruserkrankung des Hundes. Durch das Hinzutreten von Eitererregern und durch deren Eindringen in die Haarbälge entsteht dann, sekundär, eine Eiterung, welche sich klinisch in der sogenannten pustulösen Form zu erkennen gibt. Die Demodexräude stellt nur durch das sekundäre Hinzutreten der Eitererreger eine so schwer zu heilende, nahezu unheilbare Erkrankung der Hundehaut dar. Die Demodexmilben sind auch nicht als die Todesursache der Tiere zu betrachten, denn ohne das Hinzutreten von pathogenen Eitererregern ist die Demodexräude keine zum Tode führende Erkrankung. Die Demodexräude stellt deshalb eine so schwer zu heilende Erkrankung dar, weil die Milben in den Pusteln tiefer in die Haut einzudringen vermögen und somit für die Antiparasitika weniger erreichbar sind. Wir müssen somit die Stoffwechselprodukte, die Toxine, der sekundär hinzugetretenen Staphylokokken als Ursache der Kachexie und des allmählich eintretenden Marasmus und Exitus der Tiere verantwortlich machen. Ich möchte mich in dieser Hinsicht vollkommen den Beobachtungen und experimentellen Arbeiten von Gmeiner anschließen, welcher in seiner vorzüglichen Arbeit „Demodex folliculorum des Menschen und der Tiere" sich auf denselben Standpunkt stellt[1]).

Literatur.

Schindelka, Hautkrankheiten der Haustiere. Wien 1908, 2. Aufl. — Hutyra-Marek, Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. Jena 1909, Bd. 2. — Heller, Vergleichende Pathologie der Haut. Berlin 1910. — Müller, Georg, Die Wirkung verschiedener Antiskabiosa auf die einzelnen Milbenspezies der Haustiere. Zit. Jahresbericht der vet. Med., 1889, S. 163. — Schneidemühl, Vergleichende Pathologie und Therapie. Leipzig 1898. — Friedberger und Fröhner, Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. Stuttgart 1886. — Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894. — Lindquist, Ein Fall von Akarusräude beim Schwein. Jahresbericht über die Leistungen auf dem Gebiete der vet. Med., 1883, S. 118. — Müller, Akarus beim Schwein. Ibidem, 1903, S. 186. — Prietsch, Demodex folliculorum bei einem Samburhirsch des Leipziger zoologischen Gartens. Ibidem, 1886, S. 149. — Zschokke, Die Haarbalgmilbe bei der Feldmaus. Ibidem, 1888, S. 159. — Guinard, Übertragung und Heilmittelversuche betreffend den Akarus des Hundes. Ibidem, 1890, S. 43. — Megnin, Les parasites et les maladies parasitaires. Paris 1880.

[1]) Vgl. Arch. f. Derm., Bd. 92, S. 25—91.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Pemphigus vegetans, monographisch dargestellt von Richard Frühwald-Leipzig. (Verlag von Leopold Voss, Leipzig 1915.) Über den Pemphigus vegetans sind schon mehrere zusammenfassende Veröffentlichungen erschienen; aber sowohl in bezug auf Vollständigkeit als auch kritische Sichtung lassen sie zu wünschen übrig. Wenn auch die Darstellung des klinischen Bildes seit Neumanns erster Veröffentlichung im Jahre 1876 bzw. erster zusammenfassender Schilderung im Jahre 1886 kaum neues gebracht hat, und auch in der Histologie der verhältnismäßig nicht so seltenen Erkrankung eine gewisse Klarheit und Übereinstimmung der Befunde geschaffen ist, so sind wir doch bezüglich der Ätiologie und Therapie kaum weiter gekommen.

Als künftige Forschungsunterlage muß man daher die aus Rilles Klinik hervorgegangene Arbeit F.s ansehen, und wegen ihrer sorgfältigen Literaturzusammenstellung, sowie ihrer systematischen Darstellung wird sie sicherlich zukünftigen Untersuchungen ein wertvoller Wegweiser sein. Nach eingehender Darstellung der Kasuistik und Kritik der zweifelhaften Fälle berichtet F. in einer klinischen Zusammenstellung über Alter und Geschlecht der Kranken, über den Beginn der Erkrankung, ihre primäre Lokalisation, das Auftreten auf Haut und Schleimhaut, über die Vegetationen, den weiteren Verlauf und Ausgang des Pemphigus, über seine Prognose sowie über Untersuchungsergebnisse von Blut, Harn und Blaseninhalt. Die pathologische Anatomie, Diagnose und Therapie werden berücksichtigt und mit der Erörterung der eigenen histologischen Untersuchungen sowie einer Zusammenfassung der histologischen Befunde der Verfasser die Entstehung der Wucherungen und die histologische Differenzialdiagnose kritisch dargestellt. Nach eingehender Stellungnahme zur Ätiologie faßt F. das Ergebnis seiner Untersuchungen zusammen, ohne naturgemäß wesentlich Neues bringen zu können.

Die so eingehende Bearbeitung des überall verstreuten Materials, dazu die kritische Verwertung der eigenen Befunde, sichern dem Buche seinen bleibenden Wert.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Mitteilungen aus der Literatur.

Mißbildungen.

Über Albinismus auf den Philippinen, von Victor G. Heiser und Rafael Villafranca-Manila. (Philippine J. of Sc., Dezember 1913, Bd. 8, H. 6.) Unter der großen Zahl von Albinos, die auf den Philippinen als vorhanden festgestellt sind, sind vielfach nur inkompiette. Über die Ursache des Albinismus herrscht keine Einigkeit unter den Verfassern; einige halten denselben für eine Krankheit oder wenigstens den Rest einer solchen, andere denken an den Einfluß der Hitze, und manche glauben an ein „Versehen der Mutter während der Schwangerschaft". Darüber aber herrscht Einigkeit, daß es sich um eine fehlerhafte Entwicklung des pigmentproduzierenden Organapparates handelt.

Geofferoy Saint Hilaire unterscheidet je nach der Ausdehnung drei Gruppen: 1. eine komplette Form, bei der das Pigment völlig fehlt, 2. eine Teilform, bei der es nur an einzelnen Körperstellen vorhanden ist, und 3. eine unvollkommene Form, bei der das Pigment überall, aber in ungenügender Menge vorhanden ist. Der totale Albinismus ist stets, der partielle zumeist kongenital. Während Montinola an einen nervösen Ursprung des Albinismus glaubt, hat Hurley zehn Fälle gesammelt, in denen ihm die Blutsverwandtschaft die wichtigste Rolle zu spielen scheint. Die Augen der Albinos sind blau und die Augäpfel pigmentlos, viele sind kurzsichtig, lichtscheu und zeigen bei

Digitized by Google

weiter Öffnung der Lider lebhafte Oszillationen des Augapfels. Viele Albinos haben auch andere körperliche Deformitäten, und sie gelten im allgemeinen alle als geistig minderwertig; das letztere trifft aber nach Feststellung des Verfassers nur bei den auch physisch nicht normal entwickelten Individuen zu. VILLAFRANCA hat auch Schweine, Ratten und andere Tiere als komplette Albinos gefunden.

Der Arbeit sind beigefügt: 1. Abbildungen je eines männlichen und eines weiblichen Albinos, und 2. die tabellarische Übersicht von 198 Antwortschreiben, die auf einen herumgesandten Fragebogen einliefen; in demselben waren Fragen gestellt über Namen, Geschlecht, Alter, Stand, Beschäftigung, Grad des Albinismus, Wohnort, Haut- und Haarfarbe, Augen, Charakter und Konstitution, geistige Fähigkeit, und ob andere Familienmitglieder gleichfalls Albinos seien oder wie weit dies nicht zuträfe. Diese Tabellen geben dem sich für die Frage Interessierenden wertvolle Anhaltspunkte.

O. Lasch-Breslau.

Klinische Beobachtungen über Albinismus, von ERICH EBSTEIN und HANS GÜNTHER. (Zschr. f. Morphol. u. Anthropol., Bd. 17, H. 2.) Gelegentlich klinischer Untersuchungen an Albinos fiel es den Verfassern auf, daß das Krankheitsbild des Albinismus nur wenig studiert und deshalb der klinische Symptomenkomplex in den Handbüchern nur wenig berücksichtigt sei. Um diesen Mangel abzuhelfen, geben die Verfasser auf Grund ihrer Literaturstudien und eigener Beobachtungen ein erschöpfendes Bild der Klinik des Albinismus und erörtern auch die Ätiologie, Pathogenese und pathologische Anatomie dieser Krankheit. Denn als Krankheit sehen sie den totalen Albinismus an, da die Individuen durch körperliche und geistige Gebrechen in ihrer Leistungsfähigkeit oft erheblich beeinträchtigt werden. Die Einzelheiten der interessanten Arbeit müssen im Originale nachgelesen werden. Verfasser bringen die Stammbäume, Abbildungen und klinischen Beobachtungen von zwei Albinofamilien und zwei weiteren Fällen.

R. Frühwald-Leipzig.

Zur Kasuistik der Nävi, von V. BRABEC-Böhm.-Brod. (Časopis lékařův českých, 1913, Nr. 45.) Bei einem zweijährigen Mädchen fand sich ein Nävus, der den ganzen Rücken einnahm. Seine Grenze verlief vom 5. Halswirbel nach links zum Schultergelenk, in die Axilla, an der Mamilla vorbei zur Spina ant. sup., von hier horizontal zur Wirbelsäule. Die rechte Seite ist annähernd symmetrisch befallen, nur ist hier der Humerus bis zur Mitte seiner Länge ergriffen und die vordere Brustwand bis zum Sternum. Diese ganze Fläche ist teils violettbraun, teils graubraun pigmentiert und gleichmäßig mit Haaren bedeckt, die stellenweise eine eigentümliche Anordnung haben. Außerdem fanden sich über den ganzen übrigen Körper zerstreute pigmentierte und verruköse Nävi und Hypertrichosen auf nicht pigmentierter Haut. Ein exstirpierter tumorartiger Teil des großen Nävus bestand aus großen, runden, reich pigmentierten Zellen, die einem Sarkom am nächsten zu sein schienen. Das Pigment fand sich auch im bindegewebigen Stroma.

G. Mühlstein-Prag.

Zur Ätiologie und Klinik der Dermoide und kongenitalen Epidermoide, von LEO CEDERBAUM-Breslau. (Beitr. z. kl. Chir., 1913, Bd. 88, H. 1.) Der Verfasser hat die in der Breslauer Klinik im Verlauf von sechs Jahren beobachteten Fälle von Dermoiden und Epidermoiden zusammengestellt; es handelt sich um 54 Fälle, von denen 33, d. h. über 61%, im Bereiche des Kopfes saßen, 14, d. h. 26%, in der Halsgegend (darunter 7, d. h. 13% aller Fälle, am Mundboden), 2 am Jugulum, 3 am Kreuzbein, 2 am Nabel und je einer an der Linea alba und am Glutäus. Die Deutung der Genese des letzten Falles bereitet einige Schwierigkeit, während der Verfasser für alle übrigen die REMAKsche Hypothese über die Entstehung der Dermoide, resp. kongenitalen Epidermoide als ausreichende Erklärung betrachtet. CEDERBAUM sucht zu beweisen, daß

Digitized by Google

die Entstehung der Dermoide auf fötale Verlagerung von ektodermalen Bestandteilen zurückzuführen sei, und stellt aus der sorgfältig zusammengetragenen ziemlich umfangreichen Literatur die klinischen Beobachtungen, embryologischen und histologischen Untersuchungen und Tierexperimente zusammen. Klinisch sind die Geschwülste, deren Inhalt aus Hornschuppen, Haaren, Talgdrüsensekreten usw. zu bestehen pflegt, fast stets leicht operierbar, selbst die am Boden der Mundhöhle gelegenen, mit Ausnahme der im Mediastinalraum lokalisierten, bei denen die Prognose fast allgemein ungünstig zu stellen ist. O. Lasch-Breslau.

Dermoidzyste der Leistengegend, von Champel. (Lyon méd., 1914, Nr. 4.) Der 18jährige Patient hatte einen hühnereigroßen Tumor in der linken Leistengegend, der als Samenstrangzyste angesehen wurde. Bei der Operation zeigte sich, daß die Innenwand aus Haut bestand und daß Haare und Talg vorhanden waren.
R. Frühwald-Leipzig.

Ein eine Cystis sebacea vortäuschendes Kankroid der behaarten Kopfhaut, von W. Zannini-Leno. (Gazz. degli osped. e delle clin., 1914, Nr. 11.) Bei einer Frau entwickelte sich mitten auf dem Kopfe eine wallnußgroße, ziemlich harte, jedoch etwas elastische, durch einen breiten kurzen Stiel mit der Kopfhaut verbundene Geschwulst, die an einer Seite ulzeriert war; auf Druck keine Schmerzen; keine Infiltrierung der zervikalen Lymphdrüsen; bei Zusammenpressen mit zwei Fingern trat keine Flüssigkeit heraus. Histologisch untersucht erwies sich der Tumor als Kankroid, dessen Entwicklung jedenfalls von den Zellen der Talgdrüsen ausgegangen war. K. Rühl-Turin.

Elefantiasis neuromatosa, von Norman S. Carmichael. (Edinburgh J., November 1913.) Verfasser berichtet über drei Fälle von elefantiastischen Veränderungen an den Beinen bei Kindern. Da kein anderer Grund für diese (Filaria, Druck im Becken) gefunden werden konnte, so nimmt Verfasser zugleich mit Rücksicht auf den Beginn, die Entwicklung und die Hautverdickungen eine angeborene Form der Elefantiasis an. Diese neuromatösen Elefantiasisformen entwickeln sich meist im Anschluß an einen Nävus; bei der Geburt sind sie oft noch nicht vorhanden, beginnen aber stets in frühester Kindheit. Die erste Entwicklung geht meist unbemerkt vor sich; erst wenn die Tumoren mechanische Störungen verursachen, werden sie beachtet. Die Haut ist verdickt, oft pigmentiert und haarig. Manchmal können die Knoten malign degenerieren. Mikroskopisch findet man eine Wucherung des endoneuralen Bindegewebes zwischen den Nervenfasern. R. Frühwald-Leipzig.

Über Behandlung der angeborenen Elefantiasis des Armes mit Lymphangioplastik nach Handleys Methode, von Robert Meyer. (Diss., Straßburg 1913.) 14jähriger Knabe. Linker Arm elefantiastisch. Handleysche Lymphangioplastik wurde mit positivem Erfolg ausgeführt. Die eingelegten Seidenfäden erfüllten ihre Aufgabe (Schaffung neuer Lymphbahnen zum Abfluß der gestauten Gewebsflüssigkeit) einwandfrei. Das geht aus der ständigen Abnahme des Armumfanges und aus der erheblichen Erweichung und Erschlaffung des subkutanen Gewebes hervor. Auch das Verschwinden der Stauungserscheinungen an der Oberfläche der Epidermis, Varizen usw. kann als Beweis in diesem Sinne verwertet werden. Die Operation hatte in dem ausführlich geschilderten Falle die Bedeutung eines Eingriffes, der durch die aus ihm resultierenden Veränderungen in der betroffenen Extremität Heilung im Sinne einer möglichsten Besserung direkt bezweckte und erreichte. Es scheint der Schluß berechtigt, daß die Lymphangioplastik für die obere Extremität bei Elefantiasis congenita und auch bei anderen, die gleichen Erscheinungen bietenden Elefantiasisarten sehr wohl Anspruch auf den Rang eines selbständigen therapeutischen Eingriffes machen kann. F. Loeb-München.

Digitized by Google

Ein Fall von Elefantiasis nach Lymphangitis postdysenterica, von Eugen Marcovici-Wien. (W. kl. W., 1915, Nr. 3, S. 64.) Der Patient hatte seit drei Wochen an Ruhr mit Fieber und blutigen Stühlen gelitten, als er unter erneutem Temperaturanstieg eine Schwellung des linken Fußes bekam, welche sich bald über die ganze Extremität erstreckte. Die Temperatur wurde wieder normal, ebenso die Tätigkeit des Magendarmkanals, aber das linke Bein bis zur Darmbeinkante blieb geschwollen. Der Mangel akuter Entzündungserscheinungen, von Bewegungseinschränkung der Gelenke, der Schmerzhaftigkeit, ein negativer Röntgenbefund, der Ablauf der entzündlichen Erscheinungen und bleibende Gewebszunahme, sprechen für eine Elefantiasis, die im Zusammenhang mit der durchgemachten schweren Diphtherie steht. H. Vörner-Leipzig.

Ein Fall von allgemeiner Behaarung mit heterologer Pubertas praecox bei dreijährigem Mädchen (Hirsutismus?), von W. Herzog-München. (M. m. W., 1915, Nr. 6 u. 7.) Bei dem sehr eingehend beobachteten und auch spezialärztlich nach verschiedenen Richtungen hin genau untersuchten Falle handelte es sich zweifellos um ein ungewöhnlich entwickeltes Mädchen von $3^1/_2$ Jahren, das seit etwa $1^1/_2$ Jahren eine abnorme Entwicklung von Haarwuchs am Mons veneris, den Achselhöhlen und den unteren Extremitäten und namentlich an der Oberlippe und den Wangen aufwies. Aus einer eingehenden Würdigung der Literatur und des erhobenen Befundes zieht Verfasser den Schluß, daß es sich hier um ein echtes weibliches Wesen mit abnormen sekundären Geschlechtsmerkmalen handelt, dem Albanschen Pseudohermaphroditismus und auch dem Aperschen Hirsutismus entsprechend. A. Philippi-Salzschlirf.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Die gerichtliche Medizin und die Homosexualität, von P. Näcke-Colditz in Sachsen. (Arch. f. Psych., 1914, Bd. 53, H. 1.) Die vorliegende Arbeit ist eine Art Polemik gegen eine Arbeit von Ziemke (Arch. f. Psych., 1913, Bd. 51, H. 2) und enthält in Auszügen das wesentlichste aus einer früheren, größeren Arbeit Näckes (Zschr. f. d. ges. Neurolog. u. Psych., 1913, Bd. 15, H. 5). Näcke steht auf dem Standpunkte, daß alle Fragen betreffend die Homosexualität nicht in das Gebiet der Psychiatrie gehören, sondern den Fachsexologen überlassen werden sollten. Die echte Homosexualität ist angeboren; die erworbenen Fälle sind entweder Fälle von tardiver, echter Homosexualität oder Pseudosexualität. Ausnahmen von dieser Regel läßt Näcke nicht gelten. Auch ursprüngliche Gegner der kongenitalen Auffassung, wie v. Krafft-Ebing und Bloch, haben sich belehren lassen. Die Homosexualität ist wohl nicht als Entartung, sicher nicht als Krankheit, sondern höchstens als eine Abnormität, eventuell eine Entwicklungsstörung aufzufassen, und bei Behandlung dieser wichtigen Fragen darf man sich nur vom rein naturwissenschaftlichen Standpunkte aus leiten lassen. Die Homosexualität ist wahrscheinlich unausrottbar wie die Verbrechen, und das muß seine biologischen Gründe haben. Homosexuelle Handlungen machen noch lange keine Homosexualität aus, hier entscheidet allein das homosexuelle Gefühl. O. Lasch-Breslau.

Über Eunuchoidismus, von Alfred Sänger-Hamburg. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1914, Bd. 51, H. 3/6.) Bei dem großen Interesse, das im Augenblicke für die innersekretorischen Organe und die Vorgänge — physiologische wie pathologische — in denselben vorhanden ist, sind in dieses Gebiet schlagende kasuistische Mitteilungen stets freudig zu begrüßen. Sänger berichtet einige Fälle von mehr weniger ausgesprochenem Eunuchoidismus (mit Abbildungen); er hält dieselben für nicht so selten, als man im allgemeinen annimmt, und er glaubt auch, besonders auf Grund seines letzten Falles (Eunuchoidismus und Akromegalie), daß der Eunuchoidismus nicht lediglich auf einer Ver-

Digitized by Google

änderung der Keimdrüsen beruhe, sondern daß wahrscheinlich Veränderungen der Hypophysis eine Rolle spielen. O. Lasch-Breslau.

Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus (Pseudarrhenie), von C. Benda-Berlin. (B. kl. W., 1914, Nr. 2.) Das Präparat entstammt einem zweimonatigen Kinde mit männlichem Vornamen, an dessen männlicher Eigenschaft wahrscheinlich bei Lebzeiten keine Zweifel aufgetaucht waren, da die äußeren Genitalien keine Abnormität aufwiesen, als daß im Skrotum keine Hoden zu fühlen waren. An der Leiche ergab sich dann, daß es sich um eine Mißbildung sicheren weiblichen Geschlechts mit weiblichen Keimdrüsen und Ableitungswegen — Tuben, Uterus, Vagina — und ausgebildeten äußeren männlichen Genitalien mit Prostata handelt. B. schlägt für diese Form der Mißbildung den Namen Pseudarrhenie (Scheinmännlichkeit eines weiblichen Individuums) vor.
E. Rossen-Wiesbaden.

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus, von P. Fraenckel. (Virch. Arch., Bd. 215, H. 3.) Das bisherige Material an diesen Fällen sei naturgemäß wenig mit Rücksicht auf die neuen Lehren der innersekretorischen Funktionen untersucht worden. Der von F. mitgeteilte Fall bietet ein besonderes Interesse durch die starke allgemeine Hyperplasie beider Nebennieren. Nach F. sind bisher elf Fälle von diffuser Nebennierenhyperplasie und zwei von Nebennierengewebstumoren bekannt, im ganzen $^1/_5$ der 74 obduzierten Fälle vom weiblichen Scheinzwitter. Die Arbeit enthält eine ausführliche Erörterung des histologischen Befundes und die kritische Bewertung desselben im Hinblick auf die gleichartigen Fälle der Literatur. E. Brinitzer-Altona.

Pseudohermaphroditismus masculinus externus, von Allmann. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 3.) Bei einer 22jährigen Plätterin, die wegen Schmerzen und Schwellung in der linken Leistenbeuge auf die gynäkologische Abteilung des Hamburger St. Georg-Krankenhauses aufgenommen wurde, ergab die Untersuchung, daß man es mit einem männlichen Individuum mit nur wenigen sekundären weiblichen Geschlechtscharakteren zu tun hatte. Die äußeren Geschlechtsteile zeigten eine vom Präputium entblößte Glans, das Glied war kleinfingerdick, rechts und links die großen Schamlippen. Auf beiden Seiten ließen sich im Leistenkanal kugelförmige Gebilde nachweisen. Wegen der linksseitigen, durch eine Hernie verursachten Schmerzen wurde Patientin operiert. Der kugelförmige Körper erwies sich als Hoden. Das Besondere an diesem Falle waren Schmerzen, die sich regelmäßig alle vier Wochen einstellten, dabei Ziehen im Leib und Kreuz. Als Erklärung hierfür führt Verfasser zwei Möglichkeiten an. Es könnte sich — wie manche Verfasser meinen — um gewisse periodische Zustände bei Männern handeln. Dabei könnte die Blutverteilung anders sein als gewöhnlich; der Hoden, im Leistenkanal gelegen, könnte anschwellen und so Schmerzen verursachen. Es könnte sich aber auch um eine Störung der inneren Sekretion der Geschlechtsdrüsen handeln.
E. Brinitzer-Altona.

Vorzeitiges Wachstum der äußeren Genitalien infolge von Hypernephrom der Nebennierenrinde, von H. D. Jump, H. Beates und W. W. Babcock-Philadelphia. (Am. J. m. Science, April 1914.) Bei einem vierjährigen Mädchen, das schon im ersten Lebensjahre eine ganz abnorme Haarbildung am Mons veneris und in den Achselhöhlen dargeboten hatte und in der Folgezeit durch abnormes Wachstum und Stimmbildung auffiel, wurde eine größere Umbildung in der rechten Weiche konstatiert. Bei der Operation fand man ein großes Hypernephrom der Nebenniere mit Fortwuchern auf die Niere. Das Kind starb drei Stunden nach Beendigung des Eingriffs. Die inneren Geschlechtsorgane waren dem Alter entsprechend. Verfasser haben aus der Literatur 17 analoge Fälle zusammengestellt, welche teils mit, teils ohne Operation alle tödlich verliefen. A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Ein Fall von Riesenwuchs mit Atrophie der Geschlechtsorgane, von Z. Brind-Berlin. (Arch. f. klin. Chir., 1914, Bd. 103, H. 3.) Die Ursache des Riesenwuchses ist noch nicht geklärt. Aus der Literatur ist zu ersehen, daß sehr oft die Blutdrüsen, wie Thyreoidea, Hypophysis, Thymus, Nebennieren und Geschlechtsdrüsen von mehr oder weniger großer Bedeutung für den Körperwachstum sind, daß beim Riesenwuchs meist Tumoren dieser Drüsen vorkommen, während der Zwergwuchs gewöhnlich von Hypoplasie bzw. Aplasie dieser Organe begleitet zu sein scheint. Verfasser schildert den Fall eines achtjährigen Knaben, bei welchem im Gegensatz zu den übrigen Körperteilen der Penis und das Skrotum schwach entwickelt sind. Der Knabe entspricht hinsichtlich seiner Größe einem 15—16jährigen Knaben. Verkrümmungen der unteren Extremität und Exostosen sprechen für eine Erkrankung des Knochensystems. Ob hier tatsächlich die Anomalien der Geschlechtsorgane die Ursache des Riesenwachstums sind, ist schwer zu beantworten. Es ließe sich vielleicht annehmen, daß das Hodensekret eine Hemmung des Wachstums bewirkt. Fällt dieser Faktor weg, dann kommt der Riesenwuchs zustande.
W. Chrzelitzer-Posen.

Über die Spontangangrän der Genitalien, von Pujol-Tarascon. (Bull. méd., 1914, Nr. 31.) Bei einem Manne mit Skrotalgangrän fand Verfasser ein Ulkus am Anus und von dort einen lymphangitischen Streifen nach dem Skrotum ziehend. Bei einem Kinde trat nach einem wandernden Erysipel Skrotalgangrän auf. Diese Beobachtungen befestigen beim Verfasser die Ansicht, daß die sogenannte Spontangangrän der Genitalien nichts weiter sei als eine Folge, eine Komplikation, irgend einer anderen infektiösen Affektion. Deshalb sei die Diagnose „Spontangangrän" einzuschränken und stets nach der Ursache zu suchen. R. Frühwald-Leipzig.

Harnröhren- und Prostatasymptome, durch einen umfangreichen Mastdarmpolypen (?) verursacht, von Victor Cox Pedersen-New York. (New York m. J., 13. Juni 1914.) Bei dem 37jährigen Patienten war geringer eiteriger Ausfluß mit Brennen im hinteren Teile der Harnröhre und häufigem Harndrang bereits seit mehreren Jahren vorhanden und außerdem ein bestimmtes, aber schwer zu beschreibendes Gefühl im Mastdarm. Die vorgenommene Proktoskopie ergab eine der vorderen Mastdarmwand anliegende, direkt der Prostata und dem Verlauf der Harnröhre gegenüberliegende fibrose, bewegliche, nichtvaskuläre Geschwulst von der Größe der halben Kleinfingerspitze. Mit der diagnostischen Annahme eines Polypen oder Fibroms ward sofortige Operation angeraten und auch mit dem Erfolge ausgeführt, daß alle Harnröhren- und Prostatasymptome völlig schwanden, ebenso wie die Neigung zu Obstipation. P. glaubt, daß mancher solcher Fall als „sexuelle Neurasthenie", einem sehr schlechten diagnostischen Ausweg, bezeichnet wird und die hohe Notwendigkeit allseitiger objektiver Untersuchung ergibt. M. Stern-München.

Dystrophia adiposo-genitalis, von M. Sandved-Telemarken. (Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, 1914, Nr. 7.) Ein 58jähriger Mann von 158 cm Höhe; sein Unterleib hatte einen Umfang von 111 cm. Von Kind auf war er sehr fett. Die Stimme ist kindlich; kein Bartwuchs nachweisbar. Der Patient macht im ganzen einen femininen Eindruck und hat immer Stellung als „Kuhmagd" gehabt. Das Geschlechtsleben ist nur rudimentär entwickelt. W. Holland-Kristiania.

Eine Erleichterung für den zystoskopischen Unterricht, von P. Meyer. (Zschr. f. gyn. Urol., 1913, Nr. 5.) M. empfiehlt für Anfängerkurse und für Demonstrationen zur leichteren Lokalisierung bestimmter Teile des Gesichtsfeldes ein Zystoskop mit Fadenkreuz. Dieses Fadenkreuz teilt eine Linse in vier Quadranten und damit gleichfalls das Gesichtsfeld. Lieferant L. und H. Löwenstein, Berlin. E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Einige meiner Erfahrungen auf dem Gebiete moderner Urologie, von O. Kneise-Halle a. S. (M. Kl., 1913, Nr. 42.) Der Verfasser bemüht sich an einer Reihe von Beispielen, die enorme Bedeutung der richtig ausgeführten Zystoskopie zu beweisen; mit heller Begeisterung spricht er von den großen Erfolgen, die er dem diagnostischen wie dem Operationszystoskop verdankt. Wenn irgend möglich soll die Sectio alta vermieden und jeder Tumor und jeder Stein endovesikal operiert werden. Auf diese Weise seien die Rezidive seltener und die Gefahr der Propagierung maligner Geschwülste geringer; bei gefüllter Blase seien die Tumoren besser zu übersehen und radikal zu zerstören; die Narkose sei in den meisten Fällen zu ersparen; die Heilungsdauer sei wesentlich kürzer und die Furcht des Patienten vor einer endovesikalen Operation geringer. Schattenseiten der endovesikalen Operationsmethoden erkennt der Verfasser überhaupt nicht an. Dann betont er die Wichtigkeit der funktionellen Nierendiagnostik, durch die allein es vermieden werden könne, daß schwere Fehlgriffe bei der Operation geschähen, indem etwa die gesunde Niere exstirpiert und die kranke im Körper belassen werde. Endlich lenkt Kneise die Aufmerksamkeit auf die Häufigkeit der Nieren- und Blasentuberkulose, an die man stets denken müsse, wenn die gewöhnlichen therapeutischen Maßnahmen erfolglos blieben. O. Lasch-Breslau.

Ein neues Urethroskop, bestimmt zur Diagnose pathologischer Zustände bei Männern und Frauen, von Granville MacGowan-Los Angeles. (New York m. J., 2. Mai 1914.) Das vom Verfasser verbesserte Kochsche Urethroskop, welches er bis jetzt für das beste hielt, soll vor den Instrumenten von Goldschmid, Wossidlo oder dem Bürgerschen (Wasser-Dilatations-) Urethroskop den Vorteil haben, daß die pathologischen Zustände gesehen werden, wie sie sind, also nicht vergrößert, und Operationen oder Applikation von Medikamenten während der Untersuchung leicht vorgenommen werden können. Das Instrument kann auch zur Feststellung und Entfernung von Katheterteilen, die in der Blase verloren wurden, gebraucht werden. Die im Lichtträger befindlichen Lampen sind leicht durch einen aus einer kleinen Batterie gewonnenen Strom zu erhellen; eine solche kleine Trockenbatterie kann sogar, wie Verfasser meint, wenn geeignet konstruiert, in der Überziehertasche mitgetragen werden.

M. Stern-München.

Die Röntgenuntersuchung der Harnorgane, von Max Cohn. (B. kl. W., 1913, Nr. 36.) Die Röntgenuntersuchung der Nieren hat seit ihrer Begründung durch Mac Intyre im Jahre 1896 so bedeutende Fortschritte gemacht, daß sie uns heute als ein unentbehrliches Hilfsmittel bei der Diagnose der Nierensteine erscheint. Überweist der Kliniker einen Patienten zur Nierensteinuntersuchung dem Röntgenologen, so hat der Röntgenologe zu entscheiden, welche Untersuchungen zur Klarstellung der Diagnose nötig sind. Die Untersuchung einer Niere ist ein durchaus lückenhaftes Untersuchen; selbst der positive Nachweis eines Steines auf einer Seite entbindet nicht von der genauen weiteren Radiographie der in Betracht kommenden Gebiete. Zu einer radiologischen Nierensteinuntersuchung gehören drei bis fünf Aufnahmen, je nach der Größe des zur Verwendung kommenden Kompressionszylinders. Während Nierensteine ziemlich einwandfrei durch das Röntgenverfahren nachzuweisen sind, ist ein gleiches nicht von den Harnleitersteinen zu sagen. Von Jahr zu Jahr wurden in der Literatur neue Irrtümer bekannt. Eine Sonderstellung unter den Konkrementen der Harnorgane nehmen die Blasensteine ein. Große und dichte Steine sind ohne Schwierigkeit zu diagnostizieren, kleine dagegen nur unter Anwendung von Hilfsmaßnahmen. Schließlich entscheidet hierbei doch die Steinsonde und die Zystoskopie. Abgesehen von den Konkrementen sind in jüngster Zeit aber auch andere Affektionen der Harnorgane Gegenstand radiologischer Untersuchungen geworden. Mit der Verfeinerung der Technik und der

Digitized by Google

Anwendung guter Apparate ist es fast stets möglich, die Niere selbst als Schatten zur Darstellung zu bringen. G. Heymann-Elbing.

Enuresis und Spina bifida occulta, von Scharnke-Köln. (Arch. f. Psych., 1914, Bd. 53, H. 1.) Der Verfasser hat das von Fuchs und Mattauschek aufgestellte Krankheitsbild der Myelodysplasie nachgeprüft; zu demselben gehören die röntgenologisch nachweisbare Spina bifida occulta, Blasenstörungen in Gestalt von Enuresis, Syndaktylien, Reflexanomalien und Sensibilitätsstörungen an den Beinen, Abnormitäten in der Bedeckung der Kreuzbeingegend, in schweren Fällen auch Klumpfüße, motorische Störungen an den Beinen und ganz selten auch Mastdarm-Sphinkterenschwäche. Gerade für die Enuresisfrage ist das Krankheitsbild der Myelodysplasie von großer Bedeutung; wenn auch bei Kindern wohl 50% infolge anderer Ursachen (funktioneller Neurosen usw.) Bettnässer sind, so glaubt Scharnke, daß von den Erwachsenen, die an Enuresis leiden, diese bei zwei Drittel der Fälle ein Symptom der Myelodysplasie ist; findet man noch ein anderes Symptom dazu, so kann man den Patienten von der Simulation freisprechen, was für Unfallrente usw. von großer Bedeutung ist. Ferner glaubt der Verfasser, daß eine im Zystoskop oft gut sichtbare übergroße Reizbarkeit des Detrusoren, die schon bei ganz geringer Füllung der Blase zu Balkenbildung führen kann, ein weiteres objektives Krankheitssymptom ist. Die Therapie ist oft machtlos; den besten Erfolg haben epidurale Injektionen, die eventuell mehrfach zu wiederholen sind. O. Lasch-Breslau.

Neuere, insbesondere röntgenologische und zystoskopische Befunde bei erwachsenen Enuresis nocturna-Kranken, von F. Trembur-Köln. (M. Kl., 1913, Nr. 37.) Mattauschek hatte eine Reihe von Degenerationssymptomen zu einem Symptomenkomplex der Myelodysplasie zusammengestellt und glaubt, daß erwachsene Enuretiker in mehr als fünf Sechstel aller Fälle die von ihm erwähnten Symptome darbieten; daraus schließt er, daß echte Enuresis bei sonst gesunden und psychisch intakten Individuen durch eine wahrscheinlich kongenitale Hypoplasie des untersten Teiles des Rückenmarkes bedingt ist. Die zystoskopischen und röntgenologischen Untersuchungen Tremburs haben eine Bestätigung dieser Ansicht gebracht, so daß Trembur ebenfalls die Enuresis nocturna bei Erwachsenen als die Folge einer Hemmungsbildung des untersten Rückenmarksabschnittes, einer sogenannten Myelodysplasie, anzusehen geneigt ist. Trembur fand bei einem großen Prozentsatz erwachsener Enuretiker Störungen in den Hautstrich- und Sehnenreflexen, ferner Störungen des Empfindungsvermögens im Sinne einer Thermohypästhesie, Thermoanästhesie und Hypalgesie an den distalen Enden der unteren Extremitäten; besonders im Bereiche der Plantarseite der fibularwärts gelegenen Zehen, aber auch an den Füßen und Unterschenkeln; und endlich eine mehr oder minder stark ausgebildete Spina bifida occulta, sowie eine Trabekelblase.

O. Lasch-Breslau.

Behandlung der essentiellen Enuresis nocturna infantilis, von Philippart. (New York m. Mschr., 1914, Nr. 2 und 3.) Neben Allgemeinbehandlung, die, da die an dem Übel leidenden Kinder gewöhnlich schwächlich sind, einzuleiten ist, kommen in Betracht: 1. Psychische Mittel. a) Suggestion, hypnotische und bei Hysterischen, b) korrektive Mittel, c) Behandlung durch Gemütsbewegungen. 2. Erziehliche Anweisung der Funktion (Apparat von Genouville). 3. Interne Behandlung: a) atonische Form: Strychnin, Tct. Rhuis aromat.; b) spasmodische Form: Belladonnapräparate. 4. Äußerliche Behandlung: a) Beseitigung der Ursachen des Reflexes (Vulvitis, Balanoposthitis usw.), b) Aktion auf das Nervensystem des Harn- und Genitalapparats: α) epidurale Injektionen nach Cathelin, β) retrorektale Injektionen nach Jaboulay, γ) Lumbalpunktion, δ) leichte Kauterisationen der vorderen Partien der Nasenschleimhaut; c) direkte Einwirkung auf die Sphinkteren: α) lokale Massage (nur bei Frauen!), β) wiederholter

Digitized by Google

Katheterismus bzw. Bougierung, γ) Kauterisation der hinteren Urethra (mit Argentum nitricum), δ) elektrische Behandlung (in 85% günstige Erfolge, totale Heilung in 55%), αα) direkte Einwirkung auf den Sphinkter auf urethralem Wege, ββ) dasselbe auf perinealem Wege, γγ) reflexartige Einwirkung (10—15 Sitzungen erforderlich).

E. Klemm-Leipzig.

Infektion des kindlichen Urintraktes durch den Bacillus coli communis, von J. Thompson-Edinburgh. (Lanc., 16. August 1913.) Verfasser legt das Resultat seiner Beobachtungen an 71 Fällen dieser Art dar. Er betont den wichtigen Einfluß von prädisponierenden, schwächenden anderweitigen Krankheiten, wie Darmkatarrhe, Masern usw. Der Weg, auf welchem der Bazillus in die Blase und Ureteren gelangt, geht nicht immer durch die Urethra, sondern vielfach auch durch die Blut- und Lymphbahnen. Infektionen kommen schon in den ersten Lebenswochen vor; die Erkrankungen bei Kindern unter zwei Jahren sind etwa doppelt so zahlreich wie bei Kindern jenseits dieses Alters. Unter den vom Verfasser beobachteten Fällen waren Mädchen mit 79% vertreten; dabei überwiegen in den ersten sechs Lebensmonaten die Erkrankungen bei Knaben ganz beträchtlich. Zur Behandlung ist die Verabreichung von Alkalien bis zur Herstellung einer alkalischen Reaktion im Urin und von Antiseptika angezeigt. Verfasser bevorzugt Kalium citricum und Salze. Vakzinen haben ihm keine greifbaren Dienste geleistet.

A. Philippi-Salzschlirf.

Über Tuberkulose des männlichen Genitalsystems, von Simmonds. (Beitr. z. Klin. d. Tbk., Bd. 33, H. 1.) S. faßt die Resultate seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen: Die Tuberkulose des männlichen Genitalapparates befällt am häufigsten das 3.—4. Dezennium, beim weiblichen Geschlecht das 1.—4. Im ersten Dezennium ist die weibliche Genitaltuberkulose fünfmal häufiger als die männliche. Die genitoprimäre Tuberkulose geht in der Hälfte der Fälle von der Prostata, in je einem Viertel der Fälle von Samenblase und Nebenhoden aus. Von diesen drei Zentren kann sich der Prozeß in testifugaler wie testipetaler Richtung ausbreiten. Die kombinierte Urogenitaltuberkulose ist beim Manne fünfmal häufiger wie beim Weibe. Die Prognose der männlichen Genitaltuberkulose, insbesondere der Samenblasentuberkulose, ist eine schlechte. Ein Drittel der an Genitaltuberkulose erkrankten Männer erliegt tuberkulöser Meningitis und Miliartuberkulose. Bei der Autopsie von 20 früher wegen Nebenhodentuberkulose kastrierten Männern fand sich regelmäßig eine Beteiligung intraabdomineller Abschnitte des Genitalsystems. Auf Grund der anatomischen Erfahrungen sieht S. die einfache Kastration bei Genitaltuberkulose nicht als ausreichend an. E. Brinitzer-Altona.

Ein klinischer Vortrag über Tuberkulose des Urintraktus, von J. H. Evans-London. (Lanc., 1914, Nr. 4692, S. 273.) Enthält nichts Neues.

A. Philippi-Salzschlirf.

Tuberkulose der kindlichen Genitalorgane, von Oliver Lyons-Denver. (J. Am. m. Assoc., 6. Dezember 1913.) Verfasser versteht unter dieser Bezeichnung die Lokalisation der Tuberkulose in der Prostata, den Samenblasen, den Nebenhoden und den Hoden. Kinder leiden in einem hohen Prozentsatz an Tuberkulose, und auch die Tuberkulose der kindlichen Genitalorgane darf nicht als eine Seltenheit betrachtet werden. Primäre Tuberkulose der Prostata und der Samenblasen sind selten; gewöhnlich handelt es sich um sekundäre Erkrankungen von den Nieren oder den Nebenhoden her. Akute Tuberkulose der Nebenhoden und Hoden ist nicht häufig; sie beginnt wie die blennorrhoische Epididymitis plötzlich und mit akuten Symptomen. Meist jedoch waren schon vorher einige tuberkulöse Knoten, die der Beobachtung entgingen, in dem Organ vorhanden. Differentialdiagnostisch kommen Syphilis, Sarkom und Hydrozele in Betracht. Die Prognose der primären Erkrankung des Hodens und des Nebenhodens ist gewöhn-

Digitized by Google

lich günstig, da meist keine Allgemeininfektion des Körpers erfolgt. Chirurgischer Eingriff verspricht daher Erfolg. H. Fendt-Wiesbaden.

Ein ungewöhnlicher Fall von Tuberkulose des Harnapparats, von F. Israel-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 47.) Verfasser beschreibt den sehr seltenen Fall einer Blasentuberkulose, die durch eine Kommunikation mit einem tuberkulösen Tubensack entstanden ist. Bemerkenswert bei diesem Falle ist die Tatsache, daß der Ureterenkatheterismus bei tuberkulöser Blase gelegentlich zu schwerem Irrtum über den Zustand der Nieren führen kann; so war auch hier lange Zeit eine tuberkulöse Doppelerkrankung der Nieren vorgetäuscht, da die Ureterenkatheter bei der Passage durch die Blase sich mit tuberkulösem Material belastet hatten. Der Fall zeigt wieder, daß Nierentuberkulose trotz jahrelangem Bestehen einer Blasentuberkulose ausbleiben kann.

O. Haller-Dresden.

Die operative Behandlung der Genitaltuberkulose; deren Indikationen und Technik, von Hugh Cabot und J. Dellinger Barney-Boston. (J. Am. m. Assoc., 6. Dezember 1913.) Der Sitz der primären Erkrankung ist die Epididymis, gelegentlich der Testikel, selten die Prostata, die bei der Mehrzahl der Fälle sekundär befallen wird. Der Testikel erkrankt sekundär weniger oft als die Prostata und wahrscheinlich weniger früh. Die Unterscheidung von primärer und sekundärer Erkrankung ist von großer Wichtigkeit. Die primär erkrankten Organe zeigen wenig Neigung zur Spontanheilung, während die sekundär erkrankten hierfür bessere Aussicht bieten. Die Operation der Wahl bei der Genitaltuberkulose ist daher die Epididymektomie einschließlich des zu erreichenden Teiles des Vas. Die sekundären Herde im Testikel können lokal behandelt und die in der Prostata der Selbstheilung überlassen werden, denn an eine tuberkulöse Prostata chirurgisch heranzugehen, erfordert ein radikales Vorgehen, von dem abgeraten werden muß. Ist in einem Hoden nur ein kleiner Herd in einem Pol vorhanden, so genügt die Anwendung des scharfen Löffels. Bei schwererer Erkrankung kommt jedoch auch, es ist dies aber selten, die Orchidektomie in Frage. Auf die Einzelheiten der operativen Technik hier einzugehen erübrigt sich. H. Fendt-Wiesbaden.

Die Lokalanästhesie in der Urologie, von Nicola Carraro. (Morgagni, April 1914.) Verfasser beschreibt die Anwendung der Lokalanästhesie bei den einzelnen urologischen Operationen. Er zeigt, daß man mit Geschicklichkeit und Geduld in der Urologie überall mit der Lokalanästhesie auskommt; so wird das Ideal, schmerzlos zu operieren, ohne Gefahr für den Patienten, erreicht. Es ist daher nicht nur klug, sondern in manchen Fällen direkt Pflicht, die lokale der allgemeinen Anästhesie vorzuziehen. Verfasser hofft, daß erstere in der Urologie allgemeine Verbreitung findet und auch dort zur Anwendung kommt, wo bisher die Narkose unentbehrlich schien.

R. Frühwald-Leipzig.

Zur Technik der Radium-Mesothoriumbestrahlung in der Urologie, von Hugo Schüller-Wien. (Strahlenther., 1913, Bd. 3, H. 2.) Durch entsprechende Versuche stellte Verfasser fest, daß die Verträglichkeit der Schleimhaut und Muskulatur der Harnblase gegen richtig abgefilterte Strahlen eine beträchtliche ist. Es wurden z. B. 50 mg Mesothorium bei vorsichtigem Fortschreiten in der Dosierung, gefiltert durch 1 mm Gummi, 48 Stunden in der weiblichen Blase ohne nachfolgende Schädigung vertragen, 30 mg Radium, gefiltert durch $1^1/_2$ mm 25%iges Platinsilber, durch drei Tage ebenfalls ohne Schaden. Zur zweckmäßigen Applikation des Strahlungsmateriales konstruierte Verfasser Instrumente, bei denen es sich darum handelt, in relativ kleinen Kapseln die genügende Menge strahlender Substanz unterzubringen, er verwendete dazu Joachimstaler Radium-Barium-Chlorid von 72% Radiumgehalt und Mesothorium der Berliner Auer-Gesellschaft. Zur endourethralen Bestrahlung beim Manne konstruierte

Digitized by Google

Verfasser eine Nickelinspirale mit Olive, eine zweite Olive trägt eine Bougie filiforme, zwischen beiden Metalloliven wird ein röhrenförmiger Radiumträger eingesetzt. Dies Instrument eignet sich zur Bestrahlung kallöser Strikturen der Urethra. Die Prostata ist von der Blase und dem Rektum aus direkt und vom Perineum indirekt der Bestrahlung zugängig (Kreuzfeuer). Auch hierfür hat Verfasser ein besonderes Instrument angegeben, ebenso zur Bestrahlung begrenzter Tumoren, Epitheliome in der Blase unter Leitung des Auges. Die Konstruktion der Instrumente ist durch beigegebene Abbildungen ersichtlich, hergestellt werden sie von Joseph Leiter-Wien. Über die Resultate der Bestrahlungen kann, da die Versuche erst seit einem halben Jahre angestellt werden, ein definitives Urteil noch nicht abgegeben werden, dies soll in einer späteren Abhandlung geschehen. H. Rausch-Darmstadt.

Radiumtherapie in der Urologie, von H. Schüller-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 6.) Sch. hat eine Reihe Instrumente konstruiert, um das Radium per vias naturales direkt an Prostata und Blase heranbringen zu können: ein endourethraler Träger; ein endovesikaler Prostataträger; ein Radiumzystoskop, das die Applikation von Trägern an fast jeder Stelle der Blase unter Leitung des Auges gestattet; ein Verweilkatheter mit Filtervorrichtung; ein exzentrisch gebohrter Rektalträger. Alle Instrumente wurden mit hochwertigem Radiumbromid resp. entsprechendem Mesothorium armiert. Bei Stenosen der Harnröhre, die durch keloide Wucherungen verursacht sind, waren Beeinflussungen nachzuweisen, während bei Retraktion ohne Narbenwucherungen die Bestrahlung refraktär blieb. Am leichtesten zu beeinflussen war die Prostata, schon darum, weil sie von drei Seiten, vesikal, rektal, perineal, angreifbar ist. Es wurden 11 Fälle von Prostatahypertrophie bestrahlt, doch spricht Verfasser nur in drei Fällen von einem auf die Bestrahlung zurückzuführenden ausgesprochenen Erfolg. In vier Fällen von sieben Prostatakarzinomen war die Abnahme der Schmerzen eine auffallende Folge der Bestrahlung. Auch bei Blasenkarzinomen wurden vorübergehende Erfolge, jedenfalls keine schädlichen Folgen der Radiumbestrahlung beobachtet.

W. Lehmann-Stettin.

Hyperämiebehandlung bei entzündlich infiltrativen Erkrankungsprozessen in den Harnwegen, von Frank-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 45.) Verfasser empfiehlt zu dieser Behandlung elektrische Thermoapparate, die nach seinen Angaben von dem Fabrikanten H. Stanger-Ulm angefertigt werden und den geschützten Namen Stangerotherm tragen. Erstens hat er zur rektalen Anwendung einen dem Arzberger'schen Apparat ähnlichen Apparat mit Heizkörper versehen lassen mit dem Namen Rektotherm. Sein Testotherm besteht im wesentlichen aus zwei zu einem Beutel miteinander verbundenen Teilen, die von wasserdichtem Gummistoff überzogen sind und mit Bändern befestigt werden. Drittens empfiehlt er heizbare Sonden, sowohl flexible als auch Metallsonden mit Guyon'scher Biegung. Sie führen den Namen Urethrotherm. Die Apparate sind an jede elektrische Leitung, eventuell mit einem Vorschaltapparat, anzuschließen. Er verzeichnet sehr gute Erfolge bei chronisch entzündlich infiltrativen Prozessen der Harnröhre, Hoden, Prostata. Zur Erwärmung des Wassers für heiße Dauerspülungen hat er elektrische Tauchheizkörper konstruiert, die sich als praktisch erwiesen hätten. B. Junghanns-Dresden.

Diathermie und Elektrokoagulation in der Urologie, von H. Wossidlo-Berlin. (M. Kl., 1914, Nr. 1.) Die Thermopenetration oder Diathermie beruht auf den Beobachtungen von d'Arsonval und von Zeynek, daß Hochfrequenzströme entsprechender Wellenlänge im menschlichen Körper keine Schmerzempfindungen und keine Muskelzuckungen auslösen, sondern nur das Empfinden von Wärme. Wossidlo beschreibt nun, wie weit nach seinen Erfahrungen die Diathermie bei Erkrankungen der Harn- und

Digitized by Google

Sexualorgane sich bewährt, resp. versagt habe. Details in den verschiedenen Formen der Applikation können hier nicht besprochen werden, sondern nur kurz die Resultate mitgeteilt werden. Eine völlige Abtötung der Gonokokken erreichte Eitner durch Diathermie nicht. Dagegen war die intensive Wirkung der letzteren auf Prostata nicht zu verkennen ($^1/_4$ St. Thermopenetration war in der Wirkung gleich 1 St. Heißwasser-Katheter oder Arzberger-Spülung). Der Verfasser verwendete als eine Elektrode die in das Rektum eingeführte Arzbergersche Birne. Bei genauer Kontrolle wurden 0,8—1 Ampere in $^1/_4$—$^1/_2$ stündigen Sitzungen gut vertragen; für die Urethritis posterior konnte die Diathermie mit adstringierenden Spülungen durch Spüldehnungskatheter verbunden werden, wodurch der häufige, schmerzhafte Harndrang meist schnell verschwand. Von anderen Blennorrhoekomplikationen versagte die Diathermie bei der akuten Epididymitis, während sie bei der chronischen Erfolge hatte. Die hervorragendste Wirkung zeigte sich bei den blennorrhoischen Gelenkerkrankungen, sowohl den akuten wie den chronischen. Die Kombination mit Vakzinetherapie erwies sich als wertvoll. Noch glänzender waren die Erfolge mit einer Modifikation in der Technik, die von Kaufmann (Frankfurt a. M.) stammend, vom Verfasser nur als vorläufige Mitteilung gebracht wird. Für die theoretische Erklärung der Wirkung kommen außer der elektrischen Wirkung, die nach dem Verfasser als milde Faradisation wirkt, die Wärmewirkung besonders in Betracht, und ebenso chemische Prozesse in der Ozonentwicklung und die Bildung von Nitriten und Superoxyden mit ihrer stark antiseptischen Wirkung. In bezug auf die Nierenerkrankungen hat Wossidlo eigene Erfahrungen nur bei Pyelitis und Pyelonephritis gemacht, wobei er die schmerzstillende Wirkung wieder der Diathermie zuschreiben möchte, während er die übrigen günstigen Erfolge eventuell der Vakzinations- und übrigen Therapie auf Rechnung setzt; er berichtet aber aus der Literatur einige Beobachtungen von günstiger Wirkung der Diathermie bei Nierenerkrankungen. Zum Schlusse bespricht der Verfasser noch die Anwendung der Diathermie oder Elektrokoagulation zur Zerstörung von Blasentumoren, dieselbe wird stets mit dem Blasenzystoskop ausgeführt und muß schmerzlos sein, sonst hat der Operateur die erkrankten Partien verlassen. Der Strom muß sofort ausgeschaltet werden. Von den Schlußthesen Wossidlos seien hervorgehoben: die Diathermiebehandlung hat bei akuten blennorrhoischen Prozessen bisher keine wesentlichen Erfolge gehabt; bei der Urethritis posterior und anterior chronica ist sie ein sehr gutes Unterstützungsmittel; bei der Prostatitis ermutigen die bisherigen Erfolge zu weiteren Versuchen; bei der Arthritis ist sie ein vorzügliches Mittel und scheint auch bei der Pyelitis ein gutes Unterstützungsmittel. Die Widersprüche (zwischen Klingmüller und Kaufmann) in bezug auf die Wirkung auf Epididymitis müssen noch aufgeklärt werden. Dagegen ist Hochfrequenzstrombehandlung resp. Elektrokoagulation nach der Erfahrung des Verfassers und anderen ein ausgezeichnetes und leicht zu handhabendes Mittel zu endovesikalen Operationen von Papillomen der Blase und der Urethra posterior. O. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Dr. Paul Unna jr.-Hamburg hat den Königl. Bayerischen Militärverdienstorden mit Schwertern erhalten.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

8. Mai 1915 | Nr. 19 | Band 60

Fall von tödlicher Resorzinvergiftung bei äußerlicher Anwendung des Mittels.

Von

Prof. C. Boeck, Kristiania.

Ernste Allgemeinvergiftungen durch Resorzin bei äußerer Anwendung scheinen nach den sehr sparsamen Mitteilungen in der Literatur nur äußerst selten vorzukommen. Ich kenne in der Tat nur den Fall von Dr. S. Kaiser in der „B. kl. W." vom Jahre 1905 und die zwei Fälle von Dr. H. Nothen in der „M. Kl." vom Jahre 1908, Nr. 24, die sämtlich auch in den „Monatsheften" für die genannten Jahre referiert worden sind. Diese zwei Patienten, die erwachsene Männer waren, erholten sich jedoch wieder, trotz der sehr bedrohlichen und heftigen Symptome, während der eine Fall, bei einem elftägigen Kind, das obendrein an Pemphigus neonatorum litt, letal verlief. Von den zwei erwachsenen Männern wurde der eine, ein 29jähriger Schneider, wegen eines sehr verbreiteten Lupus vulgaris mit einer 50 %igen Resorzinpaste behandelt, und der andere, ein 19jähriger Kaufmann, wurde wegen eines seborrhoischen Hautleidens mit einer 15 %igen Resorzinsalbe, die auch die gleiche Menge Schwefel enthielt, über größere Hautpartien eingerieben. Der kleine Neugeborene, der nur mit einer 3 %igen Resorzinvaseline behandelt war, ging, wie gesagt, an akuter Resorzinvergiftung zugrunde.

Unser tödlich verlaufender Fall betraf einen 16jährigen, allerdings wenig entwickelten, schwächlichen und sehr sensibeln Knaben, der an einem außergewöhnlich verbreiteten Lupus vulgaris litt, welcher schon vom dritten Lebensjahre an immer weiter um sich gegriffen hatte. So waren z. B. die ganze linke untere Extremität von den Weichen bis zu den Zehen und auch der größte Teil der linken oberen Extremität überall mit sehr zahlreichen, dicht sitzenden Lupusknötchen bedeckt. Patient war während der ersten sechs Wochen im Hospital hauptsächlich mit Finsenlicht, um die Krankheit nach aufwärts abzugrenzen, und sonst mit indifferenten Umschlägen, um die Entzündungssymptome einzuschränken, behandelt worden. Nur hatte man versuchsweise schon einmal eine Resorzingelanthpaste auf dem linken Fuß und zweimal eine ähnliche Paste, 27 % stark, auf dem linken Arm appliziert. Zwar hatte

Digitized by Google

man nach diesen letzten Applikationen, obschon der Arm überall mit intaktem Epithel bedeckt war, eine gewisse Unruhe und Klagen über etwas Schmerz bemerkt. Aber dies hatte nur ein paar Stunden gedauert, und nachher hatte er sich vollständig wohl gefühlt.

Am 20. November um $^1/_2$11 vormittags wurde dann wieder eine 25%ige Resorzinpaste auf dem größten Teil der linken Wade, wo die Haut ebenfalls jetzt überall mit intaktem Epithel bekleidet war, angebracht. Während der Applikation dieser Paste spürte er gar keinen Schmerz oder Unbehagen, sondern unterhielt sich lebhaft und fröhlich mit dem ersten klinischen Assistenten, der die Paste auftrug. Die spezielle Zusammensetzung dieser Paste war die folgende: Resorcinum, Talcum āā 15,00, Gelanthum 30,00. Schon eine halbe Stunde nach der Applikation fing er mittlerweile an unruhig zu werden und über Schmerzen zu klagen, und diese Unruhe steigerte sich allmählich bis zu lautem Wehklagen, wobei er jedoch wahrscheinlich nicht ganz klar war. Nach und nach wurde er jedoch stiller und nach ungefähr einer Stunde ganz still. Der Wärter fand ihn jetzt, $1^1/_2$ Stunde nach der Applikation der Paste, bewußtlos, zyanotisch und mit krampfhaften Zuckungen des rechten Armes. Puls 120, Temp. 37,8°. Um $12^3/_4$ Uhr stellten sich auch Krämpfe der Gesichtsmuskeln und starke klonische Zuckungen des rechten Arms und Schenkels und kurz nachher auch der linken Körperhälfte ein. Die Zungenspitze war jetzt zwischen den Zähnen herausgetreten und, von den letzteren gedrückt, stark angeschwollen. Ein hölzerner Spatel mußte deswegen, aber mit Schwierigkeit, zwischen den Zähnen eingeführt werden. Kampferspritzen und eine Venaesektion blieben ohne Wirkung. Der Puls hielt sich später auf 150, und die Respiration war frequent. Aber während der Krampfattacken und eine kurze Weile nachher sistierte das Atmen und konnte sogar gegen eine ganze Minute nach dem Aufhören der Krämpfe ausbleiben, um dann zuerst ganz oberflächlich sich wieder einzustellen und allmählich tiefer zu werden. Die Pupillen waren anfangs stark erweitert, später stets kontrahiert. Den ganzen Nachmittag dauerten die Krampfanfälle unter fortwährender Bewußtlosigkeit weiter fort, bald heftiger, bald schwächer. Nach 5 Uhr nachmittags keine Krämpfe mehr, aber das Bewußtsein kehrte nicht zurück. Der Zustand schien um $7^1/_4$ Uhr etwas besser, aber um $8^1/_4$ Uhr abends trat der Exitus ein.

Die Leichenöffnung wurde am nächsten Vormittag vorgenommen, und das besonders Bemerkenswerte am Sektionsresultat war ein außerordentlich starkes Gehirnödem. Als das Schädeldach entfernt wurde, drängte das Gehirn sich förmlich hervor, und die Gehirnwindungen waren wie plattgedrückt. Die Nieren waren etwas hyperämisch, aber sonst normal. Der Urin war unmittelbar nach dem Tode spontan abgegangen und konnte somit nicht untersucht werden. Sonst fanden sich eine weitverbreitete Drüsentuberkulose und sowohl alte wie neue tuberkulöse Herde in beiden Lungenspitzen. Bei der später im pathologischen Institute vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung des Gehirns zeigten die Lymphbahnen sich in dem Grade durch das Ödem erweitert, daß die Schnitte ein förmlich durchlöchertes Aussehen darboten.

Digitized by Google

Daß es sich hier um eine Resorzinvergiftung handelte, konnte leider nicht zweifelhaft sein, nachdem wir die Literatur näher untersucht hatten. Der Symptomenkomplex dieser Vergiftung ist ja ein sehr charakteristischer und bleibt sich, nach den bisher vorliegenden Fällen, immer gleich: Eine sehr schnell — mitunter schon nach einer Viertelstunde — eintretende Unruhe und Unklarheit des Sensoriums, oft von Wimmern und Klagen, mitunter auch von Toben begleitet, dann Zyanose, Koma und heftige Krämpfe, Tachykardie und Dyspnoë und schließlich Lethargie, aus welcher Pat. in der Regel verhältnismäßig gesund erwacht. Letalen Ausgang bei äußerlicher Anwendung des Mittels hat man also, soweit ich gefunden habe, bisher nur in dem oben erwähnten Falle bei dem kleinen Kinde und in dem hier mitgeteilten beobachtet.

Der Fall kam uns sehr unerwartet, da wir durch eine Reihe von Jahren unsere Behandlung gegen Lupus mit mucilaginösen erstarrenden Mischungen, worin auch Resorzin häufig als Bestandteil vorkam, in großem Maßstabe angewendet hatten, und zwar in der Regel in höherer Prozentuierung (33 % und mehr) als bei dieser Gelegenheit[1]). Häufig hatten wir auch, wie hier, das Resorzin als den einzigen wirksamen Bestandteil der Paste angewendet, ohne jemals Vergiftungssymptome beobachtet zu haben. Wir hatten sogar immer das Resorzin für das unschuldigste Element unserer Pasten gehalten. Allerdings wurden bei dieser Gelegenheit wegen der außergewöhnlichen Verbreitung der Krankheit etwas größere Hautflächen als gewöhnlich auf einmal mit der Mischung bedeckt, wobei der Umstand, daß diese Flächen überall mit intakter und dicker, fester Hornschicht bekleidet waren, also nicht die Vergiftung zu verhindern vermocht hatte. Auf dies letztere Verhältnis hat übrigens schon Andeer hingewiesen, indem er bei seinen Experimenten gefunden hatte, daß eine Resorzinvergiftung allerdings nicht bei vollständig gesunder Haut stattfand, daß aber eine intakte Oberhaut bei unterliegender kranker Lederhaut keine Sicherheit gegen Vergiftung leistete.

Das Resorzin ist ja ein Dioxybenzol, und jedenfalls müssen die Stoffe, die durch die Berührung des Mittels mit der Haut gebildet werden, von sehr flüchtiger Art sein, da Vergiftungssymptome schon eine viertel Stunde nach der Applikation des Mittels auf der Haut auftreten können, wie es die oben genannten Berichte sowohl von Dr. Kaiser wie von Dr. Nothen beweisen.

Infolge der besonders auch in unserem Falle gewonnenen Erfahrung, wird man also für die Zukunft genötigt sein, auf die Anwendung

[1]) Siehe diese „Monatshefte", 1909, Bd. 48, S. 439.

Digitized by Google

des Resorzins in stärkeren Dosen über größere Flächen von erkrankter Haut zu verzichten. Aber speziell bei der Behandlung des Lupus vulgaris der Haut **mit chemischen Mitteln** — eine Behandlung, die wir eben in den schweren, sehr verbreiteten Fällen dieser Krankheit, wenn wir praktisch vorgehen wollen, gar nicht entbehren können — stehen ja in dem Pyrogallol und der Salizylsäure vollständig gleichwertige und wohl eigentlich noch wirksamere Mittel zur Verfügung. Wenn wir bisher bei unserer Gelanthpastebehandlung auch das Resorzin in Anwendung brachten, war es, wie gesagt, nur, weil wir dieses Mittel als das mildeste betrachteten. Daß übrigens auch die Pyrogallussäure in stärker prozentigen Lösungen nicht über allzu große Hautflächen auf einmal appliziert werden darf, ist ja allbekannt.

Gegen Lupus der Schleimhäute, wo von größeren Flächen keine Rede ist, wird dagegen fortwährend das Resorzin, nach meiner Erfahrung, die souveräne, alle anderen Mittel, chemische wie physikalische, übertreffende Waffe bleiben müssen. Bei Lupus der Nasengänge wendete ich allerdings früher Pyrogallussalbe an, jetzt aber immer, wegen der weit geringeren Schmerzhaftigkeit, eine Resorzinpaste, Resorzin, Talkum und Vaselin zu gleichen Teilen, welche ungefähr eine Woche hindurch zweimal täglich mittels Baumwolltampons appliziert wird, um dann von dick mit Anästhesin bestreuten Bleisalbentampons abgelöst zu werden, welche Behandlung in der Regel einigemal wiederholt wird, bis die Krankheit vollständig ausgerottet ist. Gegen den Lupus der Mund- und Schlundhöhle wenden wir die früher (l. c.) empfohlenen Bepinselungen mit mucilaginösen Resorzinmischungen an, wobei man, wie damals erwähnt, häufig auch die Heilung eines etwa vorhandenen Kehlkopflupus erreicht. Bei der Behandlung des Lupus der Schleimhäute, selbst bei Kindern, haben wir nie das geringste Zeichen einer Vergiftung beobachten können.

Ich möchte mir bei dieser Gelegenheit auch die Bemerkung erlauben, daß die Behandlung des Lupus der Haut mit mucilaginösen Mischungen nicht nennenswerte Schmerzen veranlassen sollte, und dies tut sie auch nicht, wenn man versuchsweise von schwächeren zu stärkeren Mischungen steigt und sich die Mühe gibt, hinlänglich sorgsam vorzugehen. Auf offenen wunden Flächen nämlich oder bei dünnem, erweichtem Epithel sollte immer zuerst fünf Minuten lang ein 5%iger Novokainumschlag angewendet und dann eine dicke Schicht von Anästhesin appliziert werden. Um aber auf einer solchen dicken Schicht von Anästhesin bequem die Paste applizieren zu können, ist es nötig, daß letztere ziemlich dünnflüssig ist, und es ist

Digitized by Google

deswegen, besonders wenn das flüssigmachende Resorzin nicht dabei ist, auch nötig, eine größere Menge von Gelanth und ein verhältnismäßig geringeres Quantum Talkum der Paste zuzusetzen. Es ist auch immer gut, etwas reinen Gelanth bei der Hand zu haben, um ein wenig davon zusetzen zu können, wenn die verschriebene Paste zu konsistent ausgefallen ist.

Eine verhältnismäßig kräftige Paste würde die folgende Formel darstellen:

Rp. Pyrogalloli
Acid. salicylici āā 15,00
Gelanthi 25,00
Talci pulv. 10,00
M. fiat pasta mollis.

Aber als einleitende Applikation auf offenen wunden Flächen wenden wir in der Regel zuerst eine viel schwächere Paste an und besonders bei Kindern auf ganz begrenzten Stellen oft noch fortwährend eine sehr schwache Resorzinpaste, z. B.: Resorcini 1,00, Talci pulv. 8,00, Gelanthi 10,00, M. f. pasta. Die stärkeren Pyrogallus-Salizylpasten werden dann nachher besser vertragen, wenn auch dann die oben genannten schmerzstillenden Mittel nicht versäumt werden.

Ich kann nicht umhin, diese äußerst praktische, für den Patienten und den Arzt gleich bequeme Lupusbehandlung aufs neue zu empfehlen. Sie wird täglich in unserer Universitätsklinik in großem Maßstabe geübt. Als ergänzendes Mittel wird die Finsenlampe angewendet.

Digitized by Google

Beiträge zur Histopathologie der Tierhaut.

Von

Louis Merian, Zürich.

(Mit 1 Abbildung.)

3. Die Krätze, wahre Räude, Milbenräude, Schäbe.

Die durch tierische Parasiten hervorgerufenen Hauterkrankungen spielen in der Pathologie der Tierhautaffektionen eine sehr bedeutende Rolle. Einzelne Räudeerkrankungen dezimieren oft ganze Tierbestände[1]). Das dichte Pelzkleid der Tiere, die so schwere Reinigung des einmal infizierten Körpers und die mangelnden Abwehrvorrichtungen ermöglichen den Schmarotzern eine rasche Ausbreitung auf dem Körper des einmal infizierten Tieres und geben wieder vermehrte Veranlassung zur Weiterverbreitung. Die Krätze der Tiere war den Menschen schon seit langer Zeit bekannt. Moses verbot z. B. das Opfern krätziger Schafe. Wir können die Beschreibung der Krätzeerkrankungen der Tiere durch das ganze Mittelalter hindurch verfolgen. Es bestand allerdings zur damaligen Zeit unter den Ärzten die Ansicht, daß die Milben das Produkt der Erkrankung, nicht aber die Ursache des Ausschlages seien. Im Jahre 1791 erkannte Wichmann, daß der Krätzeausschlag durch die Milben bedingt sei. Obwohl Wichmann experimentell den Nachweis erbringen konnte, daß die Krätze vom Pferd auf den Menschen übertragbar sei, konnte sich die Anschauung nur langsam Bahn brechen, daß die Milben die Ursache des Ausschlages seien. Es bedurfte der Arbeiten einer großen Zahl von Forschern, bis im zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts die parasitäre Natur der Skabies allgemein anerkannt wurde. Wir kennen auch aus der menschlichen Pathologie den Streit, der sich damals zwischen den Ärzten entspann. Auf der einen Seite wurde die Skabies des Menschen als eine Fernwirkung, ein Säfteverderbnis (Akrimonia sanguinis) des Körperinnern auf die Körperhaut angesehen; die andere Partei bekannte sich zu der parasitären Theorie, bis durch die Arbeiten von Hebra und anderen die humorale Theorie widerlegt und die menschliche Krätze als eine parasitäre Erkrankung erwiesen wurde. Dieser große Kampf unter den Ärzten zeitigte wiederum das Gute, daß man sich mit der Erforschung der Krätze eingehender beschäftigte, und daß für die verschiedenen Tierklassen ganz verschiedene Arten aufgefunden wurden. Die Krätze wird nicht nur bei allen Haustieren, son-

[1]) Vgl. Friedberger und Fröhner, Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. Stuttgart 1886.

Digitized by Google

dern auch bei allen wild lebenden Tieren angetroffen. Am häufigsten sind Schafe, Pferde und Hunde davon befallen.

Die Sarkoptesräude der Katze.

Wedel entdeckte im Jahre 1672 die Sarkoptesmilbe der Katze und gibt eine nähere Beschreibung der Räudeerkrankung [1]). Die Räude lokalisiert sich vorwiegend in der Umgebung der Ohrmuscheln. Vom Kopfe aus verbreitet sich die Räude auf die Pfoten, den Hals und den übrigen Körper. Als erste Erscheinungen beobachtet man flohstichähnliche Punkte, die zu Knötchen und Bläschen auswachsen. Durch Scheuern und Aufkratzen der Bläschen entstehen kleine braune Borken. Die Haut der ergriffenen Bezirke ist geschwollen, derb und gefältelt. Die Borken erreichen am Kopfe oft eine Höhe von 1 cm und mehr. Die Haare erscheinen ungeordnet und fallen aus. Das Allgemeinbefinden der Tiere ist auch bei nur kleinen Befallungsstellen ziemlich stark gestört. Die Tiere werden traurig, verweigern die Nahrungsaufnahme, magern ab und gehen zugrunde. Die Katzenräude geht sowohl auf den Menschen, als auch auf Tiere über. Die Ansteckung der Menschen kommt oft dadurch zustande, daß räudige Katzen ihre Lagerstätte im Bett des Menschen aufgeschlagen haben. Hering beobachtete bei zwei jungen Leuten, einen auf Rücken, Brust und Arme sich erstreckenden Ausschlag, der durch Katzenräude hervorgerufen worden war [2]). Hertwig sah Sarkoptesräude bei einem Dienstmädchen auftreten, welches sich an einer räudigen Katze infiziert hatte. Alexander beobachtete bei zwei kleinen Mädchen einen Hautausschlag an Rumpf, Beugeseiten der Arme und an den Beinen. Gänge und Milben waren nicht nachweisbar. Die Kinder hatten mit einer an Sarkoptes minor leidenden Katze gespielt.

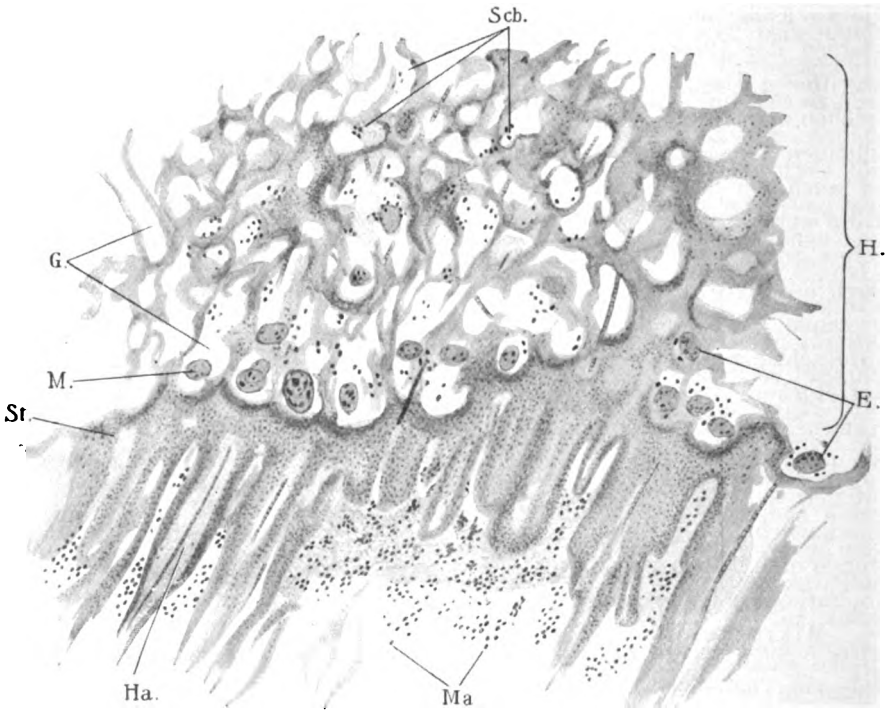
Mikroskopischer Befund. Die mir zur Verfügung gestellten Hautstücke stammen von einer Katze, bei welcher der Kopf und die Ohrmuscheln befallen waren. Nach Angabe des Besitzers des Tieres soll dieses schon seit einigen Wochen an dem betreffenden Ausschlag leiden.

Bei der Betrachtung des Schnittes fällt bei schwacher Vergrößerung auf, daß das Präparat sich eigentlich aus zwei übereinander angeordneten Lagen aufbaut. Über einer hypertrophischen Stachelschicht erhebt sich an Stelle der normalen Hornschicht, aus dieser hervorgegangen, von einem komplizierten Gangsystem durchsetzt, eine stark hypertrophische Hornschicht. Dieses Gangsystem läßt sich am besten mit einem Bergwerk vergleichen; die einzelnen Gänge liegen nahezu horizontal und sind etagenweise übereinander angeordnet. Die ältesten Gänge liegen nahe der Oberfläche, die jüngsten direkt über der basalen Hornschicht; alle zusammen stehen miteinander in Verbindung. In den tiefsten Gängen, direkt über der basalen Hornschicht, finden sich, mit ihren Freßwerk-

[1]) Wedelius, Collect. Acad. III. et Ephémérides des curieux de la nature. 1672. — [2]) Hering, Spezielle Pathologie und Therapie für Tierärzte. 1849, S. 204.

Digitized by Google

zeugen in die jungen Hornzellen eingebohrt, vereinzelte, sehr deutlich sichtbare, ausgewachsene Milben. In den höher gelegenen Gängen bemerkt man Eier in großer Zahl und dem Alter des Höhlenganges entsprechend eine Unmasse von Skybala. Nur vereinzelte Haare durchbohren die höhlenartig unterminierte Hornschicht und ragen über deren Oberfläche hervor. Die stark hypertrophische Hornschicht setzt sich auf die gewucherte Stachelschicht auf. Die Haarbälge sind in ihrem oberen Abschnitt durch Akanthose verdickt und werden bis tief in die Kutis hinein von einem dichten Netz sehr schön ausgebildeter Mastzellen und von stark erweiterten Gefäßen begleitet.



H. = hypertrophische in ein Gangsystem umgewandelte Hornschicht, G = Gang, Ma. = Mastzellen, Ha. = Haare, St. = gewucherte Stachelschicht, M. = Milben, Scb. = Scybala, E. = Eier.

Wir finden in der menschlichen Haut nahezu ganz dieselben Veränderungen bei der unter dem Namen „Scabies norvegica" bekannten Krankheit. Auch hier ist die Hornschicht stark gewuchert und die Gänge sind etagenweise übereinandergelagert [1]).

[1]) Vgl. Unna, Histopathologie der Haut. — Radaeli, F., Über einen Fall von norwegischer Skabies. Giorn. ital. delle mal. vener., 10. Juli 1913, H. 3. — Nagel, Ein Fall von Scabies norvegica, mit einem Beitrag zur Histologie dieser Krankheit. Arch. f. Derm., 1913, Bd. 118, H. 2, S. 650.

Digitized by Google

Literatur.

Schneidemühl, Vergleichende Pathologie und Therapie des Menschen und der Haustiere. Leipzig 1898. — Hutyra und Marek, Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. Jena 1909. — Heller, Vergleichende Pathologie der Haut. Berlin 1910. — Schindelka, Hautkrankheiten bei Haustieren. Wien und Leipzig 1908. — Alexander, Zur Übertragung der Tierkrätze auf den Menschen. Arch. f. Derm., 1900, Bd. 52, S. 185. — Friedberger und Fröhner, Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. Stuttgart 1886. — Dammann, Die Gesundheitspflege der landwirtschaftlichen Haussäugetiere. Berlin 1886. — Hering, Spezielle Pathologie und Therapie für Tierärzte. Stuttgart 1842. — Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894. — Baier, Die Sarkoptesräude der Katze. Diss. med., Gießen 1911. — Zürn, Die tierischen Parasiten. Weimar 1872, S. 4. — Gerlach, Krätze und Räude. Berlin 1857, S. 11.

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

1915, Bd. 9, H. 1.

Über eine neue Art von Elektroden zur Behandlung der Blennorrhoe mittels Diathermie, von Rudolf Boerner-Berlin und Carlos Santos-Lissabon. Die Verfasser sind nach vielfachen Versuchen und Erwägungen zur Konstruktion von Elektroden für den Diathermieapparat gelangt, die eine langsame ansteigende und ziemlich gleichmäßige Durchwärmung der ganzen Harnröhre bis auf ca. 43—45° C zulassen, ohne daß irgend welche Störungen dabei auftreten. Es gelang mit diesem Apparate akute Blennorrhoen durch 1—2 Sitzungen von einer Stunde Dauer zu heilen, auch bei chronischen Blennorrhoen waren die Erfolge ebenso gut.

Bd. 9, Hf. 2.

Über das organische Gerüst der Harnsteine, von Edwin Pfister-Kairo. Pf. fand bei seinen Versuchen, die den Zweck hatten, Bilharziaeier in Harnsteinen und Harngrießkörnern durch Auflösen in Säuren oder Alkalien nachzuweisen, öfters als Nebenbefund organische Gerüste der Steine, die er näher beschreibt und abbildet. Diese Gerüste waren von verschiedener Form: es fanden sich feinfaserige, dünnmaschige, spinngewebsartige Netze oder auch gröbere Höhlensysteme von wabenartigem Bau, mitunter mit deutlich erkennbarer konzentrischer Schichtung. Stellenweise enthielten diese Gerüste auch Mengen von Harnsäurekristallen. Die Färbung ließ sonst keine Unterscheidung der Elemente zu, aus denen die Gerüste bestanden, offenbar waren Fibrin, Schleim, Blut, Bakterien und Eiter in gleicher Weise daran beteiligt.

Bd. 9, H. 3.

Klinische Bedeutung der neueren Methoden der Nierenfunktionsprüfung, von Richard Bauer und Wilhelm von Nyiri-Wien. Die Verfasser haben ihre Nierenfunktionsprüfungen nach der von Ambard angegebenen Methodik ausgeführt, die durch die zu gleicher Zeit ausgeführte Bestimmung des Chlor- und Stickstoffgehaltes im Blute und Harn eine sichere Beurteilung der Nierenfunktion zuläßt. Sie teilen die an zahlreichen Fällen gewonnenen Nierenfunktionsresultate im Vergleiche mit den klinischen Erscheinungen mit und zeigen damit, daß den Ambardschen Worten eine große Zuverlässigkeit zukommt. H. Boehme-Leipzig.

Digitized by Google

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1915, Nr. 2.

Das Mädchenschutzhaus in Berlin, das erste Observationshaus für gefährdete Jugendliche, von Thea Graziella Schneid-Huber. Das Mädchenschutzhaus verdankt seine Entstehung einer wohltätigen Stiftung und hat den Zweck, gefährdete Mädchen von 14—18 Jahren, die ihm überwiesen werden, durch familienartige Erziehung und systematische Beeinflussung und Hebung des Selbstbewußtseins vor der Fürsorgeerziehung zu bewahren und sie ihrer Anlage entsprechend in Dienst- oder Lehrstellen unterzubringen und ihnen dort noch weiter einen überwachenden Schutz angedeihen zu lassen.

Die Tätigkeit der Polizeipflegerin, von Charlotte Stemmler-München. Die Tätigkeit der Polizeipflegerin erstreckt sich lediglich auf das Gebiet der Fürsorge; von kriminellem Eingreifen hat sie sich fernzuhalten, um das Vertrauen der Mädchen nicht zu erschüttern. Die Fürsorge besteht darin, daß sie vor allem jugendliche, erstmalig aufgegriffene Mädchen dem Elternhause wieder zuzuführen versucht oder ihnen wenigstens durch ihre Vermittlung und ihre Verbindungen mit wohltätigen Vereinen vorläufige Unterkunft verschafft, um sie vor den Gefahren der Straße zu bewahren. Ferner liegt ihr die Beaufsichtigung und Beschäftigung der ins Krankenhaus gebrachten erkrankten jugendlichen Mädchen ob, um sie vor dem schlechten Einflusse, den der Verkehr mit älteren Prostituierten auf sie ausüben kann, zu behüten.

1915, Nr. 3.

Zur Vorgeschichte und Charakteristik der Prostituierten, mit besonderer Berücksichtigung der Minderjährigen und Minderwertigen, von A. Neisser-Breslau. N. stellt ein sehr großes statistisches Material über die Minderjährigen in der Prostitution zusammen. Er zeigt darin, daß die Anzeichen, daß es sich um solche sittlich gefährdete Personen handelt, sich meist viel früher zeigen, als die Fürsorgeerziehung einzusetzen pflegt. Er fordert daher, daß schon während der Schulzeit diesen so veranlagten Kindern Aufmerksamkeit geschenkt werde und daß die Schulbehörden diese an Jugendfürsorgevereinigungen so früh als möglich übergeben sollten und daß wenigstens durch die Schulärzte und Lehrer auf diese Minderwertigen erzieherisch eingewirkt werden müsse. H. Boehme-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Über ein neues Harnantiseptikum, von T. Thomson Rankin. (M. Press a. Circ., 24. Dezember 1913.) Empfehlung von Zystopurin. H. Fendt-Wiesbaden.

Über Hetralin bei Infektionen des Urogenitalapparats, von Viktor Drucker. (Zbl. f. d. Ther., 1913, H. 8.) Hetralin ist ein Resorzinohexamethylentetramin, das 56,03% Urotropin enthält. Es wirkt durch Formaldehydabspaltung harnantiseptisch. Durch die Resorzinkomponente wird die Azidität des Harns erhöht. Die desinfizierende Wirkung soll stärker sein, als die der bisher gebrauchten Hexamethylentetraminderivate. Gegeben wird es bei allen Erkrankungen der Harnwege, namentlich bei Zystitis mit Dysurie, auch bei harnsaurer Diathese. Bei Phosphaturie beseitigt es schnell die subjektiven Symptome. O. Valentiner-Leipzig.

Über Hexal, von v. Schnizer-Mülhausen i. E. (Fortschr. d. M., 1914, Bd. 32, Nr. 17.) Seit langer Zeit geht das Bestreben der Ärzte und Chemiker dahin, die Harn-

Digitized by Google

wege vom Blute aus durch die Nieren zu desinfizieren, und eingedrungene Bakterien durch Arzneimittel abzutöten oder mindestens deren Lebensfähigkeit herabzusetzen. Das erstere Bestreben scheitert daran, daß man die Konzentration der betreffenden Mittel so hoch wählen müßte, daß sie eventuell die Organe schädigen könnten. Am ehesten gelingt die Unschädlichmachung pathogener Keime in den Harnwegen durch Arzneimittel, die in der Niere, resp. der Blase Formaldehyd abspalten und den Säuregrad des Urins erhöhen. Diese Forderungen schien das 1894 von NICOLAIER unserem Arzneischatze zugeführte Urotropin zu erfüllen, und dasselbe hat trotz vieler ähnlicher, vom Urotropin abgeleiteten Mittel seinen Platz bisher behauptet, trotzdem bei sehr langer Anwendung oder Idiosynkrasien toxische Symptome beobachtet worden sind, wie: Hämaturie (das Blut aus der Blase stammend), Albuminurie, Reizerscheinungen (Harndrang und Schmerzen in der Nieren-, Blasen- und Harnröhrengegend). Diese Erscheinungen gehen fast ausnahmslos bei dem Aussetzen des Mittels in 3—4 Tagen vorüber. Helmitol, Zystopurin u. a. m. sollen gute Ersatzpräparate sein, und jedem wird die volle günstige Wirkung des Urotropins ohne dessen toxische Eigenschaften nachgerühmt. Im vorliegenden Aufsatz handelt es sich um das Hexal; dasselbe ist sulfosalizylsaures Urotropin (Riedel, Berlin) und ist nach Boss indiziert bei akuten und chronischen Blasenentzündungen, gleichviel welches Ursprungs, speziell aber bei blennorrhoischen Entzündungen der hinteren Harnröhre, um das weitere Vordringen der Gonokokken in die Blase zu hindern. Ferner bei Pyelitis und Pyelonephritis und endlich bei harnsaurer Diathese und harnsauren Ablagerungen in Niere und Blase. Gegenüber anderen Harnantiseptizis hat das Hexal folgende Vorzüge: 1. starke sedative Wirkung, bedingt durch die Sulfosalizylsäure; 2. Entwicklungshemmung sämtlicher Bakterien im Urin (durch Formaldehyd und Sulfosalizylsäure); 3. die adstringierende Wirkung der Sulfosalizylsäure. v. SCHNIZER berichtet nun seine Erfahrungen mit Hexal; dabei gibt er erst einen ausführlichen Überblick über die überaus günstigen Wirkungen des Urotropins als hämatogenes Antiseptikum bei den verschiedensten schweren und leichten Infektionskrankheiten (Typhus, Tonsillitis, Furunkulose usw.). Diese Vorzüge besitzt das Hexal ebenfalls, und zwar in verstärktem Maße, da nur in einem einzigen Falle Intoxikationssymptome beobachtet worden sind. Etwas eingehender teilt der Verfasser seine Erfahrungen über Hexal bei blennorrhoischen Erkrankungen mit, bei komplizierten wie nichtkomplizierten; die Behandlungsdauer bei den letzteren betrug im Durchschnitt 22 Tage, bei den ersteren 30—19 Tage. (Diese Zahlen stammen von einem Material, das der Verfasser außer mit Hexal behandelte mit: Bettruhe, flüssiger Diät, speziell Milch und Fol. uv. urs., und nach Ablauf des ganz akuten Stadiums dreimal täglich 1%ige Protargollösungen. D. Ref.) Zum Schlusse noch die interessante Mitteilung, daß v. SCHNIZER in zwei Fällen von nässendem Ekzem und in drei Fällen von Ulcera mollia beobachten konnte, daß 15%ige Hexalsalbe schnell reinigend und austrocknend wirkte. Er resümiert: das Hexal ist auch bei längerem Gebrauch ein unschädliches, gern genommenes Mittel, dessen Wirkung sich erhöht, wenn es in warmen Teeaufgüssen gegeben wird; es kommt in allen Fällen in Betracht, in denen man quasi eine Antisepsis von innen heraus, d. h. eine Erhöhung der Abwehrkraft des Organismus gegen die Infektion wünscht; besonders als Harndesinfizienz bei allen Erkrankungen des Urogenitalapparates, speziell der Blennorrhoe. Über die diuretischen Wirkungen des Hexals müssen noch weitere Beobachtungen angestellt werden, ebenso über seine Wirkungen in 10—15%igen Salben bei schlecht heilenden Geschwüren und schlaffen Granulationen. O. Lasch-Breslau.

Zur Anwendung des Urotropins (Hexamethylentetramin) in der Dermatologie, von OTTO SACHS-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 49.) Seit Januar 1911 hat Verfasser bei 82 Fällen von Herpes zoster, bei 29 Fällen von Erythema exsudativum multiforme et

Digitized by Google

bullosum, bei 41 Fällen von Impetigo contagiosa und 2 Fällen von Varizellen Urotropin in hohen Dosen bis zu 6—8 g pro die ohne Lokalbehandlung gegeben. Er legt Wert darauf, das Urotropin stets unmittelbar nach den einzelnen Mahlzeiten mit reicher Zufuhr von Wasser zu geben, um unangenehme Nebenwirkungen zu vermeiden. Bei geringer oder fehlender Flüssigkeitszufuhr, ebenso bei Einnahme auf leeren Magen hat er häufig Magendrücken, Brennen beim Urinlassen, Harndrang, Hämaturie, Obstipation und Arzneiexanthem beobachtet. Beim Herpes zoster dauerte die Behandlung durchschnittlich 5—8 Tage, bei sehr schmerzhaften Neuralgien auch wohl einige Wochen. Die Wirkung stellt sich Verfasser als eine innere Desinfektion des den Herpes zoster erzeugende, im Ganglion, in den Nerven, in den Lymphdrüsen usw. deponierten Virus durch das abgespaltene Formaldehyd vor. Da jede Lokalbehandlung unnötig wird, bezeichnet Verfasser das Urotropin als Spezifikum für den Herpes zoster. Ähnliche, wenn auch nicht ganz so prompte Resultate wurden beim Erythema exsudativum multiforme et bullosum erreicht. Er möchte zwar zu einer Nachprüfung an größerem Krankenmaterial auffordern, hält aber auch hier die Behandlung mit Urotropin für eine ätiologische Therapie. Bei Impetigo contagiosa dauerte die Behandlung durchschnittlich 4—10 Tage und machte die gerade hier oft umständliche Lokalbehandlung, die Entfernung der Haare der Kopf- und Bartgegend usw. unnötig. W. Lehmann-Stettin.

a. Penis, Urethra, Blase.

Die allgemein durchgeführte Zirkumzision als sanitäre Maßregel, von Abraham L. Wolbarst-New York. (J. Am. m. Assoc., 10. Januar 1914.) W. verlangt die Zirkumzision bei sämtlichen Knaben vom rein sanitären Standpunkt aus. Zu dieser Forderung kommt er auf Grund seiner Beobachtung, daß Syphilis und Ulcus molle bei Zirkumzidierten viel seltener vorkommen, als bei Nichtzirkumzidierten. Die allgemein durchgeführte Zirkumzision ist zu empfehlen, denn 1. ist sie ein Hilfsmittel zur leichteren Reinhaltung der Genitalien, 2. ist sie ein entschiedenes Prophylaktikum gegen die Ansteckung mit Syphilis und Ulcus molle, 3. verhindert sie in hohem Maße die Entwicklung von Kondylomen, Herpes, Epitheliomen und anderen Geschwülsten, 4. verführt sie weniger zur Masturbation und verhindert nächtliche Pollutionen, 5. vermindert sie bei Vorhandensein venerischer Erkrankungen örtliche Komplikationen und 6. macht sie die Entwicklung einer Phimose oder Paraphimose unmöglich. Die kleine Operation ist natürlich nach modernen chirurgischen Grundsätzen auszuführen, ein Verlangen, dem nach den Ausführungen des Verfassers auch bei der rituellen Beschneidung nichts entgegenstehen soll, so daß eine Infektion mit Syphilis oder Tuberkulose hierbei nicht mehr in Betracht kommt. H. Fendt-Wiesbaden.

Zur Behandlung der Phimose im Kindesalter, von E. Rominger-Freiburg i. B. (M. m. W., 1914, Nr. 21.) Bei einer größeren Reihe von Fällen hat R. sehr gute Resultate in bequemer Weise durch Einlegen von Laminariastiften erreicht. Diese (von der Firma W. Pfeiffer in Freiburg, Kaiserstr. 89, zu beziehenden) Stifte haben abgestumpfte Spindelform und sind sowohl in der Längsachse zum Durchlassen des Urins als auch am distalen Ende quer durchbohrt, um das Befestigen mittels Schnüre und Heftpflasterstreifen zu ermöglichen. Man läßt sie gewöhnlich 6—8 Stunden liegen und findet dann die Vorhautöffnung meistens schon um das Doppelte erweitert.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Therapie der Phimose, von O. Loewe-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1914, Nr. 20.) Verfasser hat an mehreren Fällen eine Schnittführung ausgeführt, welcher er die Vorzüge vindiziert, daß sie ein annähernd normal geformtes Präputium schafft, einfach in der Ausführung ist und das oft als Übelstand empfundene Anlegen der Nähte

Digitized by Google

an der Peripherie vermeidet. Es wird etwa in der Höhe der Mitte der Glans ein unvollständiger Zirkelschnitt durch das äußere Blatt der Vorhaut gelegt, unter Aussparung eines dreieckigen Lappens mit distal gerichteter Spitze auf der Dorsalseite. Das äußere Blatt wird vom Zirkelschnitt her nach oben präpariert, bis es vollständig umgestülpt werden kann; alsdann wird davon soviel als nötig abgetragen, worauf wieder zurückgestülpt wird und durch Nähte die Wundränder des Zirkelschnittes wieder vereinigt. Hierbei wird ein gewisser Teil des inneren Blattes der Vorhaut nach außen umgekehrt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Die Operation der Phimose, von Pagenstecher. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 3.) Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden. Es wird als beste eine modifizierte Lappenplastik empfohlen: Bildung eines U-förmigen Lappens aus dem äußeren Blatt, dann wird das innere Blatt gespalten und durch den zwischengepflanzten äußeren Lappen erweitert; es entsteht ein Präputium, das die Eichel bedeckt.

W. Haas-Hamburg.

Lokalanästhesie bei Operation der Phimose, von Saissi. (Presse méd., 1914, Nr. 27.) Verfasser bespricht zuerst die Innervation der Penishaut und baut auf diesen anatomischen Verhältnissen seine Anästhesierungsmethode auf. Er legt zuerst einen Infiltrationsring in die Penisbaut zur Anästhesierung der oberflächlichen Nerven; dann einen zweiten Infiltrationsring in die Kranzfurche, durch den die tiefen Nerven betäubt werden. R. Frühwald-Leipzig.

Rattenbiß in den Penis, von J. Scharffenberg. (Tidsskrift f. den norske Lægeforening, 1914, Nr. 15.) Ein 29jähriger Arbeiter fühlte während der Defäkation (der Sitz des Abtritts war sehr niedrig) plötzlich einen Biß am Penis, und stürzte in die Höhe. Er sah dann, daß eine Ratte „wie ein Fisch an der Angel" am Penis hing, die sich aber sogleich fallen ließ, als er sich aufgerichtet hatte. Die Wunde blutete sehr stark; an der Glans penis waren zwei kleine Wunden mit 1 cm Zwischenraum zu sehen. Verfasser hat später nichts mehr vom Patienten gehört, woraus er schließt, daß eine weitere Infektion nicht stattgefunden hat. W. Holland-Kristiania.

Ein Beitrag zu den Tumoren des Penis, von Anton Heigel. (Prag. m. W., 1913, Nr. 42.) Verfasser berichtet über zwei von ihm untersuchte Fälle. Der eine zeigte einen Tumor des Penis, der als ein papilläres Karzinom diagnostiziert werden konnte, als solches im allgemeinen anatomisch und klinisch von dem Typus dieser Tumoren nicht abwich. Interessant aber waren die histologischen Details: die Hyperkeratose, die konjunktivale hyaline Degeneration in den papillären Exkreszenzen, die amyloide Degeneration und die große Zahl der Russelschen Körperchen in den Plasmazellen des entzündlichen Infiltrates. Alle diese Veränderungen bedeuten Störungen des Eiweißstoffwechsels, und jede dieser Veränderungen ist uns gut bekannt und einzeln nicht selten anzutreffen. Das gleichzeitige Vorhandensein aller dieser vier pathologischen Produkte als Ausdruck der Störung des Eiweißstoffwechsels im Zusammenhange mit einem Tumor des Penis dürfte aber sicher keinen allzuhäufigen Befund darstellen. Bei dem zweiten Fall handelte es sich um ein Sarkom des Penis, das als ein großzelliges Rundzellensarkom bezeichnet werden konnte und seinen Ausgang von dem Stützgewebe des Corpus cavernosum penis genommen hatte. Solche Tumoren sind sehr selten. Der Tumor war in diesem Falle auffallend lange Zeit als ein kleines Knötchen bestehen geblieben. Ob dieser kleine Tumor zunächst eine benigne Geschwulst dargestellt hatte, die erst später malign geworden war, kann natürlich nicht gesagt werden.

G. Heymann-Elbing.

Über einen ungewöhnlichen Penistumor, von Konjetzny-Kiel. (M. m. W., 1914, Nr. 16.) In der Medizinischen Gesellschaft zu Kiel (Sitzung vom 5. 2. 1914)

Digitized by Google

demonstrierte K. ein durch Operation gewonnenes Präparat, das er als eine ganz ungewöhnliche, elefantiastische Epithelwucherung erklärt. Der nunmehr 39jährige Patient hat schon vor elf Jahren den Beginn der Geschwulstbildung in Form eines stecknadelkopfgroßen, warzigen Gebildes an der Glans beobachtet. Im Jahre 1906 wurde die inzwischen bis zu Hosenknopfgröße angewachsene Geschwulst operativ entfernt; es stellte sich aber bald ein Rezidiv ein. Da nunmehr das klinische Aussehen des $3^1/_2$ cm im Durchmesser betragenden Tumors entschieden karzinomatös war, wurde die Amputatio penis vorgenommen. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung mußte aber die klinische Diagnose unbedingt fallen gelassen werden. A. Philippi-Salzschlirf.

Elefantiasis penis und ihre operative Behandlung durch Dränage mit implantierten Venenstücken, von P. Janssen-Düsseldorf. (Beitr. z. kl. Chir., 1914, Bd. 90, H. 1.) Bei einem jungen Manne mit einer außerordentlichen Vergrößerung des Penis, mit derber Haut und an mehreren Stellen befindlichen harten knotigen Indurationen, aus denen ganz kolossale Absonderung von Gewebsflüssigkeit stattfindet, führt der Verfasser folgende Operation aus: Um die Abflußbedingungen zu bessern, mußte eine Dauerdränage der erkrankten Teile stattfinden. Dies gelang ihm durch subkutane Einführung zweier Venenstücke, die einem sonst gesunden Manne entnommen wurden. Es wurde zunächst ein Kanal gebohrt vom Präputium an der Dorsalhaut des Penis bis zum Mons Veneris; hier wurden die beiden Venenstücke durchgezogen und die Hautwunden durch Drahtnähte geschlossen. Der Wundverlauf war ein guter.
W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Fall von Penisverdoppelung, von Lionti-Palermo. (D. m. W., 1914. Nr. 8.) Es handelt sich um einen 21jährigen Zollwächter, der einen vorne und hinten mehr platt gestalteten Penis hat. Dieser hat auf der linken Seite seiner normal aussehenden Eichel eine andere kleine, etwas höhere und vorn sitzende Eichel. Die Spitze des Eichelchens ist mit einem kleinen Orificium cutaneum versehen, aus dem der Patient niemals Harn und Samen austreten gesehen hat, sondern nur aus der anderen, normal aussehenden. Die Erektion erstreckt sich auch auf die kleine Eichel. Die Operation ergab eine vollständig getrennte zweite Penisanlage. Der akzessorische Penis schloß sich nach hinten immer mehr schräg an, bis er ganz endete. Er hat eine Länge von reichlich 7 cm. Diese Anomalie ist nur durch die Anlage zweier embryologischer Keime zu erklären. B. Junghanns-Dresden.

Über einen Fall vollkommener Penisspaltung (Doppelpenis), von Rudolf Trenkler-Laibach. (W. m. W., 1914, Nr. 20.) Bei dem betreffenden Patienten fanden sich zwei anscheinend vollkommen ausgebildete Penisse. Es handelt sich um eine embryonale vollkommene Spaltung des Penis und teilweise auch der Urethra. Beide Teile sind nichts anderes als die getrennten Schwellkörper; beide gleich groß, symmetrisch und von normaler Länge und Dicke. Die Innenflächen der beiden Körper und auch der Eichel sind etwas abgeflacht und man kann daselbst den Verlauf der ebenfalls gespaltenen Urethra verfolgen, welche an der Wurzel der Pars pendulans in den Rest der normalen Urethra übergeht. Die freiliegende Urethralschleimhaut, welche sich durch ihre Farbe und ihre Lakunen auszeichnet, ist zu beiden Seiten scharf von einer feinen, rosafarbenen und glatten Haut umsäumt, die über die innere Fläche ziehend oben und unten in die normale faltige Penishaut übergeht. Das Präputium ist nur als ein rudimentärer Wulst vorhanden. Im übrigen sind alle Verhältnisse normal.
H. Vörner-Leipzig.

Erkrankungen des Penis bei Typhus, von F. Orsós-Budapest. (Verh. D. path. Ges. München, 1914.) Im ersten Fall litt ein 21jähriger Mann an typischer Gangrän des Penis, die sich über dessen ganze vordere Hälfte einschließlich Präputium aus-

Digitized by Google

dehnte und bis auf die Tunica albuginea der Schwellkörper des Penis und der Urethra reichte. Mikroskopisch fanden sich im Ausstrichpräparat fusiforme Bazillen und Spirochäten; aus dem Safte der thrombosiert erscheinenden Schwellkörper wuchsen reichlich Typhuskolonien.

Im zweiten Fall findet sich bei der Sektion eines 33jährigen Mannes ein bisher in der Literatur nicht beschriebenes Krankheitsbild, eine Urethritis diphtherica typhosa.

Eingehende Schilderung des histologischen Untersuchungsbefundes beider Krankheitsfälle. O. Gans-Freiburg i. Br.

Katheter, von Ernst Portner-Berlin. (M. Kl., 1913, Nr. 50.) Unter diesem Titel gibt Portner in der ihm eignen knappen Darstellungsweise höchst beachtenswerte Winke für die Praxis. Es kommen in Frage Katheter aus Metall, Seide, Baumwolle, Kautschuk; obwohl man prinzipiell das weichste Instrument verwenden sollte, so sind doch Kautschukkatheter wegen ihrer zu großen Weichheit oft ungeeignet. Baumwolle ist zwar billiger, aber weniger elastisch als Seide; nur im Notfall Metall (bei besonders starkem Sphinkterenkrampf, Prostatahypertrophie). Portner gibt dann unter Beifügung von Abbildungen die absolut notwendigen Formen an für denjenigen, der für die verschiedenen Fälle stets das geeignete Instrumentarium bereit haben will (vgl. Original). Zur Sterilisation: 1. Kautschukkatheter auskochen fünf Minuten lang in Wasser ohne Zusatz. 2. Seidenkatheter vertragen nur wenig Male das Auskochen (am besten die weißen Katheter von Porguès-Paris). Dafür a) Sublimat; in kaltem Wasser eine Minute abspülen, einlegen in 0,001 Sublimat zehn Minuten, trocken aufbewahren in verschlossenem Glasrohr, Formalin überflüssig, macht rauh; b) in strömendem Wasserdampf, beste Methode: vor dem Gebrauch erkalten lassen. 3. Metallkatheter in Wasser und Soda (ein Eßlöffel auf ein Liter) 5 Minuten kochen. 4. Glaskatheter auskochen oder zehn Minuten Sublimat und triefend naß einführen. Dann folgen die Vorschriften für den Selbstkatheterismus und die Aufzählung der dazu nötigen Instrumente.

O. Lasch-Breslau.

Messung und Projektion des hinteren Teiles der Harnröhre und des Blasengrundes mittels Metallkatheter und Radiographie, von Victor C. Pedersen und Byron C. Darling-New York. (New York m. J., 18. Juli 1914.) Die vorliegende Arbeit hat sich zur Aufgabe gesetzt, genaue Lage der Prostata und des hinteren Harnröhrenabschnittes einerseits und des Blasengrundes andererseits bei der Radiographie der Blase (wegen Steinen) festzustellen. Zu diesem Zwecke wurde, nachdem sich die Gummikatheter und die bisherigen Metallbougies als unpraktisch erwiesen haben, von den Verfassern ein spezielles Instrument konstruiert, das die Formen eines Katheters mittels eines Hohlschaftes, einer Bougie à boule mittels eines konischen Endes und einer Harnröhrensonde mittelst einer olivenförmigen Verdickung, die 1 cm lang und etwa 1 cm hinter dem konischen Ende angebracht ist, in sich vereinigt. Die genauere Art dieses Instrumentes und dessen Anwendung ist mit zahlreichen Abbildungen und auf Grund von 18 genau beschriebenen Fällen illustriert. Es ergab sich bezüglich der Form der Harnblase, daß dieselbe selbst unter annähernd den gleichen Ausdehnungsbedingungen eine wechselnde ist; die Hauptachse scheint in den meisten Fällen in der Linea interspinosa zu liegen. Die Blase besitzt eine Tasche (Einsenkung) im vorderen unteren Quadranten, welche unbedeutend oder sehr ausgeprägt oder auch ganz fehlen kann. Der Umstand, daß sie bei weiblichen Fällen nicht vorhanden ist, kann für die Annahme sprechen, daß sie durch Fixation des hinteren unteren Quadranten der Prostata zustande kommt, so daß das Gewicht der Flüssigkeit dahin fällt (oberhalb der Drüse, wo relativ weniger Halt ist). Die Blase kann weit ausgedehnte seitliche Projektionen, selbst ohne äußerste, die allgemeine Gegend des Poupartschen Bandes er-

Digitized by Google

reichende Füllung und unregelmäßige Form infolge krankhafter Veränderungen, wie z. B. in einem Falle infolge von Neoplasma, in einem anderen von geschwürigen Prozessen u. a. m. zeigen. Jedenfalls glauben Verfasser nach einer nun zweijährigen Erfahrung mit ihrem Instrumente über folgende zwei Fragen befriedigende Auskunft geben zu können: wo liegt die Prostata bei der Radiographie der männlichen und die Harnröhre bei jener der weiblichen Blase, um z. B. zu unterscheiden, ob ein Stein eher in der Blase als in der Prostata in Fällen von chirurgischer eiteriger Prostatitis, wobei man zuweilen an Lithiasis denken muß, liegt. M. Stern-München.

Ein Fall von Bifurcatio urethrae, von Torsten Rietz. (Nord. med. Arkiv, 1913, Abtg. I, H. 3, Nr. 8.) Ausführliche Beschreibung eines Falles von im distalen Abschnitt sich gabelförmig teilender Urethra, deren oberer Schenkel nach dem normalen Orificium externum an der Eichel zieht, deren unterer aber im Bereich des Penisschaftes in der Raphe ein wenig zentralwärts von der Mitte zwischen Peniswurzel und Sulcus coronarius mündet. Im Säuglings- und Kindesalter ist der Harn zum größten Teil durch die normale Öffnung abgegangen, nur in geringem Maße von der Unterseite, was sich im Laufe der Zeit geändert hat, so daß es zuletzt umgekehrt war, der Harn durch die untere Öffnung in kräftigem Strahle hervorspritzte, während er aus dem normalen Orifizium nur tropfenweise kam. Durch die untere Öffnung ist auch das Sperma beim Koitus abgegangen. Auf operativem Wege wurde die untere Röhre ausgeschaltet. In der Literatur hat Verfasser nur zwei dem seinen analoge Fälle auffinden können. Die Bezeichnung „Urethra duplex" will er für Fälle mit im ganzen Verlauf doppelter Harnröhre reservieren. E. Klemm-Leipzig.

Erfahrungen mit über tausend Fällen von chronischer Urethritis, von Sylvan H. Likes und Herbert Schoenrich-Baltimore. (J. Am. m. Assoc., 21. Juni 1913.) Als nichtblennorrhoische Entzündungen der vorderen Harnröhre besprechen die Verfasser die hier auftretenden Granulationen und Infiltrationen, die zuerst von Otis, später von Oberländer beschrieben worden sind. Zu unterscheiden sind weiche und harte Infiltrate, deren Nachweis durch eine möglichst dicke Knopfsonde geschieht; da aber das Orificium externum der engste Teil der Harnröhre ist und nur eine Knopfsonde von beschränktem Umfang, die die Infiltrate in vielen Fällen nicht fühlen läßt, den Durchgang erlaubt, so ist für die Untersuchung, besonders aber für die Behandlung meist eine Meatotomie erforderlich. Die Therapie besteht in Einführung von massiven Sonden mit Steigerung des Umfanges in verschiedenen Sitzungen. Die sonst vielfach gebräuchlichen Dilatatoren verwerfen die Verfasser; auch haben sie von der Anwendung des Urethroskopes keine besonderen Vorteile gesehen, außer für diagnostische Zwecke. Daß bei dem beschriebenen Verfahren die Verfasser viele höhere Nummern der Charrière-schen Skala, z. B. 30 oder 33 oder 35, anwenden müssen, als sonst üblich ist, erhellt ohne weiteres. Die Erfolge sollen sehr gut sein; jedenfalls viel besser als mit den vielen sonst gebräuchlichen Methoden. H. Fendt-Wiesbaden.

Die Behandlung der chronischen Urethritis, von Saul Steiner-New York. (New York m. J., 1. November 1913.) Einleitend betont St. die Wichtigkeit einer exakten Diagnose, die vor allem mit Hilfe des Mikroskops, aber auch des Endoskops zu stellen ist und eine genaue Kenntnis der Lokalisation der Krankheitsherde bezweckt. Eine sehr brauchbare diagnostische Methode ist auch Wolbarsts Fünfgläserprobe — von der Zweigläserprobe hält St. nichts —, ferner Sondeneinführung usw. Bezüglich der Behandlung ist zu unterscheiden, ob es sich um Urethritis anterior oder posterior handelt, und in zweiter Linie, ob Gonokokken noch zu konstatieren, ob überhaupt irgendeine lokale Erkrankung noch vorhanden ist. Bei Urethritis anterior handelt es sich um Reinigung der Harnröhre mittels Spülungen (von Kalium permanganicum 1:6000, 1:1000

Digitized by Google

und Arg. nitr.-Lösungen), Massage der Harnröhre und Instillationen von 1—5%iger Höllensteinlösung; bei der chronischen Urethritis posterior tritt mehr die endoskopische Lokalbehandlung (meist ebenfalls mit Silbersalzen) in den Vordergrund. Es gibt Fälle von chronischer Urethritis, welche auf zu langer und zu energischer Behandlung beruhen, ferner eine Urethritis bei Tuberkulose, Diabetes, Gicht usw., wo es vor allem auf die Allgemeinbehandlung ankommt. Zu erwähnen ist auch die Urethritis psychopathischen Ursprungs, welche ohne irgend welches anatomisches Substrat nur in der Einbildung der Patienten existiert und eben dadurch unheilbar ist, daß sie gar nicht vorhanden ist. Schließlich verwirft St. in sehr eindringlicher Weise die Schablone, mit der Patienten mit Ausfluß oder Fäden im Urin sofort Injektionen von Silbersalzen erhalten und wodurch sie oft so lange Zeit erfolglos behandelt werden. Wenn wir systematisch vorgehen, unsere Anatomie und Pathologie kennen, wenn wir mit allen Untersuchungsmethoden vertraut sind und die zur Verfügung stehenden Arzneimittel und technischen Apparate genau abschätzen, dann, so erklärt Verfasser, gibt es keine unheilbaren Fälle mehr. M. Stern-München.

Über die Behandlung der Urethritis bacterica und postblennorhoica mittels Lytinol, von Pakascher. (B. kl. W., 1913, Nr. 48.) Die Wirkung des Lytinols, die auf dem in ihm enthaltenen Jod und auf dem frei werdenden Sauerstoff beruht, ist eine zweifache: einmal wirkt es bakterizid, jedoch nicht auf Gonokokken; zweitens entfernt es die pathologischen Veränderungen aus der Schleimhaut, die in Form von Gewebsfetzen abgestoßen werden. Es wird in 10—20%igen Lösungen täglich fünf Minuten in die Urethra injiziert. Im ganzen wurden 57 Patienten behandelt. Verfasser stellt als Fazit seiner Beobachtungen fest, daß das Lytinol ein brauchbares bakterizides Mittel für die Urethra ist, daß es in der Behandlung der Urethritis bacterica et postblennorrhoica uns gute Dienste leistet. G. Heymann-Elbing.

Chronische Urethritis pneumococcica, von S. Colombino-Turin. (Pathologica, 1914, Nr. 143.) Verfasser fand in einem Fall von chronischer Urethritis als Krankheitserreger den Pneumokokkus. Die Identifizierung des Keimes geschah auf mikroskopischem und kulturellem Wege. Die Infektion der Harnröhre erfolgte wahrscheinlich auf hämatogenem Wege. K. Rühl-Turin.

Zysten der Urethra prostatica, von A. J. Underhill-Baltimore. (J. Am. m. Assoc., 24. Januar 1914.) Verfasser beobachtete bei zwei Patienten, die früher an Blennorrhoe gelitten hatten, zystische Degenerationen der Pars prostatica urethrae. Die erfolgreiche Therapie bestand in Dilatationen der Pars posterior mit nachfolgender Inzision der hiernach noch übriggebliebenen Zysten unter Kontrolle des Auges mit Hilfe des Endoskopes. Der erste Patient war wegen Impotenz in Behandlung gekommen, während der zweite über unbestimmte Beschwerden mehr „neurasthenischer" Art geklagt hatte. H. Fendt-Wiesbaden.

Behandlung der Harnröhrenkarunkel mit Hochfrequenzkautherisation, von Salomon Wiener-New York. (New York m. J., 6. Dezember 1913.) Unter der gemeinsamen Bezeichnung „Karunkel" werden dreierlei Arten von Affektionen der Harnröhre des Weibes umfaßt: das einfache Granuloma oder ein papilläres Angiom oder ein telangiektatischer Polyp. Ihre Symptome, in Dysurie und Tenesmus vor allem bestehend, sind oft nahezu unerträglich und in keinem Verhältnis zu Ausdehnung und Bedeutung des Leidens stehend. Die Behandlung bestand bisher in Exzision oder Ätzung (mit chemischen Mitteln oder Thermokauter). Bei den unangenehmen Nebenerscheinungen der ersteren, Notwendigkeit der Bettruhe usw., empfiehlt sich letztere Methode viel mehr, und zwar nach W.s Erfahrung besonders mittelst des Hochfrequenzstromes. Die Technik sei eine außerordentlich einfache: Karunkel und anliegende Schleimhaut werden

Digitized by Google

mit einer 5%igen Kokainlösung unempfindlich gemacht, die Spitze der Elektrode wird etwa 3—4 mm von der Oberfläche weggehalten und der Funke der Reihe nach über jeden Teil derselben weggeführt; die gesunde Schleimhaut muß natürlich vermieden werden. Die ganze Prozedur währt nicht länger als eine Minute und muß in 5—6tägigen Pausen 2—3mal wiederholt werden. Die Vorteile dieser Methode sind leichte und schmerzlose Behandlung, sofortiger Nachlaß der Harnbeschwerden, Fehlen jeder Lokalreaktion, keine Notwendigkeit der Bettruhe, wie nach Exzision und Naht, und vollständige Restitutio der Schleimhaut. M. Stern-München.

Fremdkörper in der Harnröhre, von Ernst Portner-Berlin. (M. Kl., 1913, Nr. 51.) Meist abgebrochene Katheter- oder Bougiestücke, Fremdkörper durch Onanie, Steine. Diagnose durch Palpation vom Damm aus, dabei die Harnröhre hinten fest zudrücken, um ein weiteres Hineingleiten zu verhüten. Therapie: Entfernung der Fremdkörper möglichst durch die Harnröhre mit der Collinschen Urethralzange mit großer Vorsicht; gelingt das nicht, dann vorsichtiges Hineinschieben in die Blase und Entfernung von dort mit dem Operationszystoskop, im Notfalle durch die Sectio alta. Läßt sich der Fremdkörper weder nach vorn noch nach hinten bewegen, dann muß die Urethrotomia externa gemacht werden. O. Lasch-Breslau.

Bericht über ein ungewöhnlich großes Harnröhrenkonkrement, von E. A. Walker-Meiktila, Burma. (Lanc., 7. Juni 1913.) Der Stein, der getrocknet ca. 65 g wog und aus Uraten mit einem äußeren Überzug von Phosphaten bestand, war bei dem 23jährigen Eingeborenen vollständig in der Urethra lokalisiert und erreichte mit keinem Teil seines Umfangs die Blase. Die Extraktion gelang durch einen sehr ausgiebigen Perinealschnitt unter erheblichen Beschwerden, doch überstand Patient die Operation gut. A. Philippi-Salzschlirf.

Klinische Vorlesung über einige Harnröhrenverletzungen und über die Behandlung der Harnröhrenstriktur, von Rutherford Morison. (M. Press a. Circ., 21. Mai 1913.) Mit wenigen Ausnahmen beruhen die Strikturen der Harnröhre auf Trauma (Ruptur) oder Infektion (Blennorrhoe). Der Ruptur der Harnröhre wird häufig nicht die nötige Aufmerksamkeit gewidmet. Die Diagnose gründet sich auf von der Miktion unabhängige Blutung aus der Harnröhre, auf Harnverhaltung und auf Anschwellung der Perinealgegend. Die Hauptbedingung bei der Therapie ist, die Urethralwunde durch Prima intentio zu heilen. Hierzu ist die Einführung und Belassung eines weichen Katheters in der Harnröhre erforderlich. Kann kein Katheter eingeführt werden, so ist operatives Vorgehen erforderlich, d. h. suprapubische Eröffnung der Blase und Einführung eines Katheters vom Orificium internum urethrae aus bis zur Rupturstelle; ein vom Orificium externum urethrae aus eingeführter Katheter wird ebenfalls bis zur Rupturstelle vorgeschoben und diese auf solche Weise fixiert. Auf die Rupturstelle wird sodann in der Längsrichtung inzidiert und die Harnröhrenenden werden durch Katgutnähte vereinigt. Sonstige Naht findet nicht statt. Für die entzündliche Striktur ist meist die Blennorrhoe verantwortlich zu machen; ihr Sitz ist in der Mehrzahl der Fälle in der Pars bulbosa. Jede Striktur muß als eine ernste Erkrankung betrachtet werden. Therapeutisch ist mit wenigen Ausnahmen die intermittierende Dilatation anzuwenden. Ist diese Methode der Wahl nicht anwendbar, so kommen noch zwei unblutige und vier Schnittmethoden in Betracht. Die kontinuierliche Dilatation, bei der die Sonde für Stunden oder Tage in der Harnröhre verweilt, ist bei Dringlichkeit anzuwenden. Der Nachteil dieser Methode beruht darin, daß der Patient das Bett hüten muß und daß die Dauersonde in der Harnröhre Urethritis hervorruft, die eine vorhandene Striktur noch verschlimmern kann. Eine weitere unblutige Methode ist die rapide Dilatation, die Verfasser manchmal anwendet: unter Anästhesie werden eine Reihe von konischen Bougies

Digitized by Google

hintereinander eingeführt. Für die Striktur des Meatus sollte immer der Schnitt bevorzugt werden. Für die Urethomia interna gelten zwei Indikationen: 1. die resiliente, 2. die reizbare Striktur. Die Urethomia externa ist indiziert bei Zystitis und bei durch Abszeß oder Fistel komplizierter Striktur. Die Sektio perinealis ist bei unpassierbarer Striktur anzuwenden. Die Exzision der Striktur ist eine gegenwärtig vernachlässigte Methode, die später vielleicht einmal eine wichtigere Rolle spielen wird.

H. Fendt-Wiesbaden.

Kongenitale Striktur der Pars prostatica urethrae mit Hyperplasie der Blase, Dilatation der Ureteren und multiplen Abszessen beider Nieren, von William H. Jordan-Providence, R. J. (J. Am. m. Assoc., 26. Juli 1913.) Kongenitale Striktur der Harnröhre ist als an drei Stellen vorkommend beschrieben: 1. am Meatus, 2. in der Fossa navicularis, 3. in der Pars membranacea. In keinem Lehrbuch ist eine Striktur der Pars prostatica erwähnt. Verfasser beobachtete folgenden Fall: bei einem vier Wochen alten Kind bemerkte die Mutter, daß der Urin nur in Tropfen abging. Der erste Versuch, eine dünne Sonde einzuführen, mißlang; bei einem zweiten Versuch gelangte Jordan doch bis zur Pars prostatica, fühlte hier einen Widerstand und kam schließlich in die Blase; es entleerte sich sodann in dünnem Strahl eine geringe Menge Urins. Die Sondierung wurde zwei Wochen lang täglich vorgenommen; Besserung trat jedoch nicht ein; der Urin ging immer noch in Tropfen ab. Nach kurzer Zeit konnten die Nieren palpiert werden, die immer größer wurden. Bald trat Dyspnoë ein und in der siebenten Woche starb das Kind unter häufigen, urämischen Konvulsionen. Die Sektion ergab: beide Nieren waren bedeutend vergrößert; beide Ureteren, besonders der rechte, war sackartig erweitert; die Blase war klein und hart und glich einer festen Masse von der Größe einer großen Olive. Die Pars prostatica urethrae zeigte eine Striktur von $^1/_4$ Zoll Länge. In beiden Nieren fanden sich zahlreiche Zysten; außerdem war eine chronische, diffuse Nephritis vorhanden. H. Fendt-Wiesbaden.

Moderne Technik bei Harnröhrenstrikturen, von Charles H. Chetwood-New York. (New York m. J., 4. April 1914.) Verfasser bespricht kurz Ätiologie, Diagnose und dann nichtoperative und operative Maßnahmen bei Harnröhrenstrikturen. Bezüglich der Diagnose legt er besonderen Nachdruck auf die instrumentelle Untersuchung. Etwa 60% der Fälle liegen zwischen Pars bulbomembranacea der Harnröhre und dem penoskrotalen Winkel, die übrigen sind ziemlich gleichmäßig über die anderen Teile der Pars anterior verteilt. Bei der Wahl der Behandlung ist die Hauptfrage, ob blutig oder Dilatation. Weniger die Form (enge) als die Struktur der Verengerung dienen als Wegweiser für die Behandlung: weiche Strikturen im Entzündungsstadium werden stets auf Dilatation und lokale antiseptische Maßnahmen zurückgehen, harte, fibröse Strikturen (im Stadium chronischer Entzündung) können zwar ebenfalls zuweilen durch diese einfachere Methode, die aber hier sehr lange Zeit in Anspruch nimmt, geheilt werden, meist führt jedoch die blutige Methode zu rascherer und dauernderer Heilung. Jene Strikturen, welche gar nicht oder sehr schwer zu passieren sind, bei welchen aber trotzdem Dilatationsbehandlung erwünscht ist, erfordern ganz spezielle Aufmerksamkeit: in entsprechenden Zwischenräumen versuche man, immer von neuem ein filiformes Bougie durchzuführen, und ist dies gelungen, so belasse man dasselbe 24—28 Stunden. Auch das Endoskop dient zuweilen dazu, in so schwierigen Fällen die Mündung der Striktur zu finden. In der Mehrzahl der Fälle, wo die Striktur über 20 Charr. hinausgeht, wird man die Metalldilatatoren, bei jenen unter 20 Charr. die weichen Instrumente vorziehen. Die Operationsmethoden sind innere Urethrotomie, äußere Urethrotomie mit und äußere Urethrotomie ohne Führung. Bei der Nachbehandlung des inneren Harnröhrenschnittes ist es zweckmäßig, den Dauerkatheter 24—48 Stunden

Digitized by Google

liegen zu lassen. Während äußere Urethrotomie mit Führung eine relativ leichte Operation ist, erfordert jene ohne Führung bei tiefsitzenden, undurchgänglichen Strikturen ein hohes Maß von Geduld und Geschicklichkeit. A. B. Cecil hat die geistreiche Idee gehabt, eine ($^1/_2$—1%ige) Methylenblaulösung in die Harnröhre zu injizieren, darin fünf Minuten zu belassen und dieselbe dann wieder mit sterilem Wasser zu reinigen; die perineale Inzision wird wie gewöhnlich ausgeführt und der Verlauf der Harnröhre, ebenso wie irgend welche falsche Wege sind an der Blaufärbung leicht zu erkennen. Eine weitere Vereinfachung der Technik, welche vor allem die Auffindung der Harnröhre hinter der verengten Stelle bezweckt, stammt von Sinclair aus Verfassers Klinik und besteht in Einführung eines Troikarts und Kanüle oberhalb des Schambeins in die Harnblase, Ausspülung derselben, zystoskopische Besichtigung des Orificium internum der Blase, Entfernung des Zystoskops und schließlich von dieser Stelle aus Einführung eines biegsamen Obturators in den hinteren Teil der Harnröhre. Ein mit Gummiüberzug versehener Finger kann vom Mastdarm aus die richtige Ausführung dieser Prozedur kontrollieren. Bei dem nun in Steinschnittlage gebrachten Patienten wird die Inzision wie gewöhnlich in der Mittellinie gemacht. Spitze der Prostata und der membranöse Teil der Harnröhre werden leicht gefunden, und das zweite Erfordernis der Operation, nämlich die vordere Stelle der Striktur zu finden, kann bedeutend durch Einführung eines biegsamen Bougies gegen den gleichzeitig durch die Kanüle eingelegten Obturator erleichtert werden. Ch. ist überzeugt, daß mit dieser Methode ein erheblicher Fortschritt in der urologischen Technik erzielt sei.

M. Stern-München.

Ein neues Urethrotom, von W. W. Bredin-Denver. (New York m. J., 17. Januar 1914.) Das vorliegende Instrument besteht aus drei Teilen: einem Hauptstiel, in welchem der Messerteil rück- und vorwärts sich bewegt, und einem Führer, welcher in einem (Nr. 9) französischen Katheter mit filiformer Spitze endigt. Das bulböse Ende des Führers, in welchem die Messer immer, außer wenn sie in Tätigkeit sind, eingeschlossen sind, ist an den Hauptschaft angeschraubt. Die Messer arbeiten durch den ausgehöhlten Teil des Führers, welcher zuerst die Striktur passieren muß; die Messer können keinen anderen Weg nehmen, als gerade durch die verengte Stelle (Striktur), und nicht tiefer eindringen, als die Entfernung beträgt, welche ihnen gerade durch die Aushöhlungen gesetzt ist. Der filiforme Katheter gibt den Weg an, rollt sich in der Blase auf und der verdickte Teil (Bulbus) folgt, bis er die Striktur trifft. Die Vorteile dieses Instruments sind Einfachheit der Konstruktion wie der Anwendung, absoluter Schutz gegen die Gefahr eines falschen Weges, völliger Schutz des nicht verengerten Teiles der Harnröhre, genaue Bestimmbarkeit des einzuschneidenden Teiles und Anwendungsmöglichkeit auf alle Arten von Strikturen, einschließlich jener, die nur für ein filiformes Bougie zugänglich sind; kurz, B. erklärt, mit diesem Instrument sei die Urethrotomie nicht länger mehr eine unsichere Operation. M. Stern-München.

Retrourethrale zystoskopische Führung bei der äußeren Urethrotomie, von D. A. Sinclair-New York. (New York m. J., 4. April 1914.) In Ergänzung der Arbeit von Chetwood über die Schwierigkeiten der äußeren, ohne Führung zu vollziehenden Urethrotomie bringt S. hier eine genaue Beschreibung des Instrumentariums, mittels dessen eine teilweise Behebung dieser Schwierigkeiten zu gelingen scheint. Es besteht der Hauptsache nach aus einem drei Zoll langen Troikart und Kanüle von 15 Charr. Weite, einem geraden, fünf Zoll langen (Besichtigungs-) Zystoskop von 12 Charr. Weite und einer ebenso weiten Herzfeld-Eustachischen Röhre mit Spiralende. Lokale oder allgemeine Anästhesie kann angewendet werden. Das distale Ende der Kanüle wird nach Einstich des Troikarts (ein Zoll oberhalb der Symphyse) nahe dem inneren

Digitized by Google

Sphinkter gebracht (nachdem eine Blasenspülung gemacht und das Zystoskop eingeführt worden ist). Die Wunde der oberen Blasenpunktion heilt rasch und ohne Folgen, wenn durch die gewöhnliche Perinealdränage unterstützt, und wird einfach durch ein Stück steriler Gaze bedeckt. S. modifizierte das Instrumentarium noch dadurch, daß Troikart und Kanüle als Hülle für das Zystoskop dienen; die Technik für deren Einführung in die Blase ist die gleiche wie für das oben beschriebene kleinere Instrument; ein biegsamer Charr. Nr. 5-Metallkatheter kann durch dieses Zystoskop und unter direktem Licht in den hinteren Teil der Harnröhre und selbst in den vorderen Teil derselben geführt werden. M. Stern-München.

Experimentelle Untersuchungen über urethrale Plastik, von Giuseppe Pinardi-Turin. (Policlinico, November 1913.) Verfasser hat eine Reihe von Versuchen an Hunden gemacht, bei denen er die Möglichkeit einer direkten Verpflanzung von urethralen Segmenten verschiedener Größe von Tier zu Tier erprobte, und kommt zu folgendem Schlußergebnis: 1. bei peinlichster Asepsis ist gleich wie bei anderem Gewebe eine Verpflanzung urethraler Gewebe von Individuum zu Individuum möglich, 2. das Einheilen wird begünstigt durch Fernhaltung jeder Infektionsmöglichkeit und speziell durch Ableitung des Urins, und 3. das Resultat in bezug auf Funktion ist ein ziemlich gutes. E. Rossen-Wiesbaden.

Urethroplastik vermittels eines freien Stückes einer Faszie, von L. Silvestrini-Genua. (Gazz. internaz. di Med. e Chir., 1914, Nr. 16.) Verfasser hat bei zwei Hunden einen 1 cm langen Abschnitt der Harnröhre exzidiert und durch ein Stück der Fascia lata ersetzt (die Technik ist im Original nachzulesen): der Ausgang war ein guter und die auf diese Weise zum Teil substituierte Urethra funktionierte ganz gut. K. Rühl-Turin.

Die Behandlung der traumatischen Harnröhrenruptur, von Charles Greene Cumston-Genf. (New York m. J., 3. Januar 1914) Kurz zusammengefaßt ergibt sich aus den theoretischen und praktischen Ausführungen C.s, daß in allen Fällen von traumatischer Ruptur der Harnröhre sofort die perineale Inzision ausgeführt werden muß, ohne daß ein Versuch zum Katheterismus der Harnröhre gemacht wird. Äußere Urethrotomie mit Einführung (temporärer) des Katheters ist nur bei vollständiger Ruptur der Harnröhre mit gleichzeitiger Infektion und Quetschung der Weichteile die rationelle Behandlung. Bei unvollständiger Ruptur der Harnröhre ist, wenn nicht die Gewebe stark gequetscht und Infektion nicht vorhanden sind, sofortige Naht des Risses und der Weichteile des Perineums zu versuchen, wobei aber zuweilen Verlagerung der Harnröhre mittels oberen Blasenschnitts oder Urethrotomie im membranösen Teile der Harnröhre noch notwendig sind. Nachfolgende Strikturen sind nach C.s Ansicht nicht derber und enger als infolge anderer Krankheitsprozesse und wohlausgeführte prophylaktische Dilatation zur Ergänzung der Behandlung dienend, wonach der Patient sorgfältig im Selbstgebrauch der Sonde instruiert wird. M. Stern-München.

Die Ableitung des Urins unter dem Schambogen bei Rupturen der Harnröhre, von V. Carlier und Maurice Gérard. (Prov. méd., 1914, Nr. 23.) Verfasser gelangen auf Grund ihrer Erfahrungen, von denen vier Fälle ausführlich behandelt werden, zu folgenden Schlüssen: Bei den Harnröhrenrupturen gibt die unmittelbare Urethrorraphie über dem Dauerkatheter fast immer schlechte Resultate, denn sie schützt nicht vor der traumatischen Verengerung und ihren vielfachen Gefahren. Die Mündung der Urethralstümpfe nach der Haut mit folgender Autoplastik ist ein Eingriff, der gute Resultate geben kann, aber den man nicht oft unter günstigen Bedingungen wird ausführen können. In allen Fällen, in denen man mit einer Harnröhrenzerreißung zu tun hat (mittlere und schwere Fälle), wird man zunächst die Ableitung des Urins vor-

Digitized by Google

nehmen, bevor man die Kontinuität der Harnröhre durch Urethrorraphie ohne folgenden Dauerkatheter wiederherstellt. Die Ableitung des Urins ist ferner angezeigt bei den Harnröhrenzerreißungen mit Infektion und Urinaustritt. In allen Fällen muß die Urinableitung mittels der Zystotomie vorgenommen werden, deren Vorteile denen der Urinableitung durch die perineale Urethrotomie immer sehr überlegen erschienen.

E. Klemm-Leipzig.

Über Zystographie, von O. Zuckerkandl-Wien. (M. m. W., 1914, Nr. 35.) Die Verwendung der Röntgenstrahlen zu diagnostischen Zwecken bei Blasenaffektionen bietet, wie Verfasser an einer Reihe von Bildern (19) darlegt, in vielen Fällen sehr willkommene Vorteile und bildet gelegentlich sogar eine unentbehrliche Ergänzung der zystoskopischen und sonstigen Untersuchung. So gab das Verfahren mehrfach Aufschluß über die sonst nicht zu entscheidende Frage, ob ein vorhandenes Gewächs gestielt war oder die Blasenwand breit infiltriert hatte. Ferner werden einige Fälle geschildert, bei denen sicherer Aufschluß über die Beschaffenheit der Prostata nur durch die Röntgenuntersuchung zu erlangen war. Bei diesen Untersuchungen hat sich die Verwendung von Kollargol nebst der Luftfüllung der Blase als außerordentlich wertvoll erwiesen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Erkrankungen der Blase, von Ernst Portner-Berlin. (M. Kl., 1913, Nr. 39 - 44.) In sechs kleinen Mitteilungen berichtet Portner über Erkrankungen der Blase beider Geschlechter; er schildert kurz die Symptome, bespricht die Ätiologie und Prognose und gibt für die Diagnosenstellung und die Therapie kurze Hinweise und einige Rezeptformeln für die zumeist in Betracht kommenden Mittel. Diese kurzen, knappen Winke werden dem Praktiker sehr willkommen sein, eignen sich aber nicht zum Referieren.

O. Lasch-Breslau.

Die Bedeutung des häufigen Urinierens und des Tenesmus bei akuter Zystitis, von O. Heath-London. (Brit. m. J., 29. November 1913.) Bei einem sonst gesunden Manne, der zwei Monate nach dem Überstehen einer akuten Urethralblennorrhoe mit Blasensymptomen erkrankte, fand Verfasser im Urin nur Staphylokokken und Bazillen vom Typus der Xerosisbakterien. Aus diesen wurden Vakzinen bereitet. In der Zwischenzeit wurde keinerlei Behandlung gegeben, außer daß der Patient Tag und Nacht reichlich Wasser trank, um den Urindrang zu mildern. Nach Verabreichung der Vakzinen wurde die negative Phase abgewartet (24 Stunden), und alsdann wurde 5—6 Stunden lang jegliche Zufuhr von Flüssigkeit inhibiert, um die Blase zu möglichst kräftigen Kontraktionen zur Austreibung von Bakterien und Eiter anzuregen. Einige Tage später wurde eine zweite und dann noch eine dritte Injektion gegeben. In der Zwischenzeit wurde mit Trinkperioden und Durstperioden abgewechselt. Am achten Tage war völlige Heilung erzielt, die jetzt drei Jahre lang vorgehalten hat. Verfasser meint, daß man den natürlichen Vorgang des Tenesmus therapeutisch in systematischer Weise ausnutzen sollte.

A. Philippi-Salzschlirf.

Behandlung der Zystitis mit Joddämpfen, von S. Pascual. (Rev. clin. Madrid, 15. August 1913.) Verfasser hat in einigen Fällen die Behandlung der Zystitis mit Joddämpfen vorgenommen. Das Jod wird durch Erhitzung von Jodoform in einem Kolben gewonnen und mittels einer Pumpe in die Blase getrieben. Die Erfolge waren gut, namentlich bei sekundärer tuberkulöser Zystitis.

R. Frühwald-Leipzig.

Chronische Zystitis beim Weibe ist keine essentielle Erkrankung, von George Gilbert Smith-Boston. (J. Am. m. Assoc., 6. Dezember 1913.) Persistierende Zystitis ist an und für sich keine Krankheit, sondern das Resultat pathologischer Zustände außerhalb der Blase. Jeder Urologe weiß, daß die normale Blase außerordentlich widerstandsfähig ist gegen Infektionen. Fälle von akuter Zystitis heilen in einigen

Digitized by Google

Tagen bei Bettruhe, antiseptischen Medikamenten und einigen Spülungen. Besteht trotzdem die Entzündung weiter, so ist nach anderen Störungen zu suchen, nach solchen von der Niere oder den Ureteren, oder dem Becken oder der Urethra, oder dem Mechanismus der Blasenentleerung her. Verfasser versucht, seine Behauptung durch Beobachtungen an 98 Frauen zu beweisen; bei allen diesen Patientinnen konnte er keinen einzigen Fall von wohldefinierter Zystitis feststellen. Vielfach handelte es sich um Niereninfektionen, sowohl tuberkulöser als nichttuberkulöser Art, um Schwierigkeiten bei der Blasenentleerung, um Beckeninfektionen und um andere Ursachen.

H. Fendt-Wiesbaden.

Eine neue Methode, chronische Kolizystitis und andere bakterielle Infektionen zu behandeln, von C. Russ-London. (Lanc., 14. Februar 1914.) Verfasser hat bei früherer Gelegenheit schon über seine Untersuchungen berichtet, denen zufolge bei der Durchleitung eines galvanischen Stromes durch eine bakterienhaltige Flüssigkeit die Mikroorganismen in auffallender Weise je nach der Beschaffenheit der Flüssigkeit und anderer Faktoren nach einem der Pole hinwandern, wobei er zeigte, daß sie durch stärkere Ströme zum Absterben gebracht werden. Dieses Prinzip hat er nun bei Ulcus cruris und bei Zystitis praktisch verwendet und einige beachtenswerte Erfolge erzielt. Zur Behandlung der durch Infektion mit B. coli bedingten Zystitis wurde die eine Elektrode in Form einer breiten, mit einer warmen Salzlösung getränkten Binde (welche im Innern einen Kern von Metallgaze enthielt) um den unteren Teil des Rumpfes gelegt. Die andere Elektrode bildete ein durch ein Gummikatheter bis in die Blase eingeführter Platindraht. An den Katheter war ein Glasrohr und an dieses wiederum ein Glastrichter angeschlossen. Die Blase wurde mit 2%iger Salzlösung (bei späteren Versuchen auch mit einer Lösung von Jodsäure 1:1500) angefüllt bis in den Trichter hinein. Alsdann wurde ein Strom von 3—5 MA. während 20–30 Minuten durchgeleitet. Bei einigen sehr inveterierten Fällen mit sehr quälenden Urinbeschwerden trat nach der allerdings nicht ganz kurzen Behandlung eine ausgesprochene Besserung ein. In eigentümlicher Weise wurden die Bazillen morphologisch beeinflußt, indem sie im mikrophotographischen Bilde an Zahl stark vermindert als lang ausgezogene Fäden erscheinen. Auch beim Ulcus cruris chronicum hat R. das Verfahren, entsprechend modifiziert, zum Keimfreimachen der Geschwürsflächen bewährt gefunden.

A. Philippi-Salzschlirf.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Einige Beobachtungen über Hautkrankheiten im Kriege, von Stefan Weidenfeld und Erwin Pulay-Win. (W. m. W., 1915, Nr. 7.) Der Krieg bedingt zunächst Hautkrankheiten, welche infolge der Marschanstrengungen entstehen. Beim Infanteristen sind es die Fußsohlen, beim Reiter das Gesäß und die inneren Schenkelflächen. Andere Erkrankungen der Haut entstehen beim Transportieren der Waffen, der Ausrüstungsgegenstände usw. An Veränderungen werden beobachtet: Schwielen, Verletzungen, Ekzeme, Furunkulose, Akne, Verbrennungen, schließlich solche, welche die Soldaten aus äußeren Umständen befallen und die sich von den Hautkrankheiten im Frieden nur dadurch unterscheiden, daß sie massenhaft auftreten: Skabies und Pedikulosis. Hieran schließen sich Bemerkungen über Therapie und Prophylaxe. H Vörner-Leipzig.

Zur Prophylaxe und Vertreibung des Ungeziefers im Felde, von K. Herxheimer und E. Nathan-Frankfurt. (Ther. Mh., 1915, H. 2.) Seitdem man weiß, daß die gefürchtesten Kriegsseuchen durch die Läuse verbreitet werden, kommt der Frage der

Digitized by Google

Ungezieferbekämpfung im Felde eine erhöhte Bedeutung zu. Es sind hierfür bisher eine Anzahl Mittel in Vorschlag gebracht worden, von denen die meisten wohl den gewünschten Erfolg hervorbringen, denen aber auch oft Nachteile anhaften, die ihre allgemeine Verwendbarkeit beeinträchtigen. Die allgemeinen Maßregeln der Kleider- und Wäschedesinfektion, die zur Entlausung größerer Truppenmengen in Betracht kommen, sind nur in Ortschaften und geschlossenen Räumen durchführbar. Für die persönliche Ungezieferbekämpfung des einzeln im Felde stehenden Soldaten sind sie unmöglich. Die für diesen Zweck in Betracht kommenden Mittel wurden von den Verfassern einer beurteilenden Prüfung unterzogen, wobei die meisten als unwirksam oder als unpraktisch verworfen werden mußten: die am meisten empfohlenen ätherischen Öle, wie Eukalyptusöl, Nelkenöl, Fenchelöl und vor allem Anisöl, haben sich zwar als zweckentsprechend erwiesen, aber sie sind unhandlich und machen leicht Ekzeme. Die graue Salbe ist wegen der Gefahr der Quecksilbervergiftung nur beschränkt anwendbar. Der von Blaschko angegebene Naphthalinpuder zeigte bei den Versuchen eine zu geringe und so langsam eintretende abtötende Wirkung auf die Insekten, daß ihm, wenn er allein angewendet wird, keine große Bedeutung für die Ungezieferbekämpfung beigemessen werden kann. Äther besitzt so viele offenkundige Nachteile, daß er ganz ausgeschaltet werden muß, ebenso sind Perubalsam und Styrax für andauernde Anwendung ungeeignet. Die Flores Pyrethri (Insektenpulver) sind teuer und haben vor allem bei den Abtötungsversuchen an Läusen vollkommen versagt.

Die Verfasser haben nun einen 3%igen Kresolpuder hergestellt, der aus dem im Handel befindlichen Trikresol, einem Gemenge der drei möglichen isomeren Kresole, sowie aus Talk, Magnesia usta und Bolus alba und einem Zusatz von Sassafrasöl als Geruchmittel besteht. Dieser Kresolpuder entspricht allen Anforderungen an ein gutes Insektenpulver, es ist leicht herstellbar, billig, handlich und unschädlich und entfaltet vor allem, wie die ausgedehnten Versuche der Verfasser ergeben, eine schnelle und sichere abtötende Wirkung auf die Läuse. Die Zeit, die durchschnittlich erforderlich ist, um mit ihm Kleiderläuse zu töten, beträgt etwa 5 Minuten, bei Wanzen etwa 15 Minuten. Der Kresolpuder kommt in Kästchen zu 60 g mit Pulversieb in den Handel, bei der gewöhnlichen Anwendung kann ein Kästchen einen Monat reichen.

H. Boehme-Leipzig.

Verschiedenes.

The Lancet teilt mit, es sei einer englisch-französischen Gesellschaft die chemische Analyse von Ehrlichs Salvarsan geglückt, und es hätten englische Laboratorien, was für die Heere der Verbündeten von großer Bedeutung sei, die Fabrikation bereits aufgenommen.

Dr. Rudolf Paschkis hat sich in Wien als Privatdozent für Urologie habilitiert.

Dr. Emil Trammer, Sekundararzt der Abteilung von Prof. Ehrmann in Wien, ist in den Karpathen gefallen.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

15. Mai 1915 | Nr. 20 | Band 60

Weizenstärke als Hautmittel und ihr Ersatz.

Von

P. G. Unna.

Der warme patriotische Appell unseres Kollegen Halle[1]) wird wohl nicht verfehlen, sämtliche deutsche Dermatologen zu einer entsprechenden Änderung ihrer Vorschriften, falls dies überhaupt erforderlich war, zu veranlassen. Der Gebrauch des Stärkemehles in der Apotheke ist für uns wirklich unnötig und bei den seltenen Fällen, wo es auf rasche Beseitigung eines hochgradigen Ödems zugleich mit permanenter Kühlung ankommt und wir mit Vorliebe sogar zu Einpackungen mit großen Mengen des kühlen, weil feuchten vegetabilischen Puders greifen — beim erysipelatoiden Ekzem des Gesichts z. B. — läßt sich dieselbe Wirkung auch durch eine wasserhaltige Kühlpaste, wie die Pasta Zinci mollis und ähnliches, hervorbringen. Hat uns der Krieg erst von der Zwangsvorstellung, alle stürmischen Hautentzündungen zuerst mit dem Mehl der Haushaltung behandeln zu müssen, entwöhnt, so wird jeder von uns auch mit Methoden vertraut und um solche bereichert sein, welche das Mehl selbst in diesen dringenden Fällen durch andere Mittel ersetzen.

Ich folge aber gerne der Aufforderung des Kollegen Halle, zu dieser Frage das Wort zu ergreifen, weil ich aus vielen das Thema betreffenden Gesprächen mit Apothekern den Eindruck erhielt, daß über den Zweck der Puder und Pasten im allgemeinen in pharmazeutischen Kreisen nicht die genügende Klarheit herrscht und eine allgemeine Diskussion dieses Themas sehr erwünscht ist.

Ehe ich aber auf die einzelnen uns zu Gebote stehenden Ersatzmittel näher eingehe, möchte ich einige Erfahrungen aus dem Eppendorfer Krankenhause mitteilen, bei denen ich von den Apothekern bereitwilligst unterstützt wurde. Insbesondere statte ich Herrn Oberapotheker Petzet für diese Mitarbeit meinen verbindlichsten Dank ab.

Die in folgender Statistik mitgeteilten Zahlen beweisen in der Tat, daß der gewöhnliche Stärkemehlverbrauch, im Krankenhause wenigstens, größer ist, als die meisten Ärzte sich träumen lassen.

---

[1]) Siehe diese Zeitschrift, 10. April 1915, Nr. 15.

Digitized by Google

Gesamtverbrauch von Amylum tritici im Eppendorfer Krankenhause im Jahre 1914.

	Angefertigte Menge in kg	Darin ist Amylum tritici enthalten in %	in kg	Amylum tritici pulv.
Pasta Zinci flava	160	25	40	65,7 kg für Pasten und Salben
Pasta Zinci salicyl. Lassar	10	24	2,4	
Pasta Zinci fl. cum Dermatol 10%	24	25	6	
Pasta Zinci fl. cum Tumenol 5%	50	25	12,5	
Ungt. Dermatoli 2%	17	24	4	
Ungt. Glycerini D.A.B.	8	10	0,8	
Pulv. Hebrae	208	77	160	270,0 kg für diverse Streupuder
Pulv. salicyl. c. Talco	350	10	35	
Pulv. Zinci c. Amylo	150	50	75	
Amylum tritici pulv.	—	—	712	712,0 kg rein als Streupuder
				1047,7 kg Gesamtverbrauch in 1914

Die Tabelle läßt auf den ersten Blick erkennen, daß der Amylumverbrauch für Pasten und Salben verschwindend gering[1]) war gegenüber dem für Streupuder, nämlich nur 66 kg gegenüber 982 kg für Puder. Dieser Umstand leitete sofort auf die Spur, wo denn eigentlich in diesem Falle das hauptsächlichste Mehlbedürfnis zu suchen war; es fand sich bei den Säuglingen der Kinderabteilung und bei den Neugeborenen der Entbindungsanstalt. Hier herrscht nämlich die Gewohnheit, bei jedem Windelwechsel der gesunden Kinder und jedem Verbande der an Ekzem leidenden mit einer jedem Kinde eigenen Streubüchse die Haut durch Stärkemehl oder Pulvis Zinci cum Amylo trockenzulegen.

Eine daraufhin an die Direktion des Altonaer Kinderhospitals gerichtete Anfrage ergab denn auch ein ganz ähnliches Resultat. Auf der Säuglingsabteilung desselben belief sich der Verbrauch von Amylum tritici im Jahre 1914 auf über 65 kg.

Diese Methode der Mehleinstreuung ist reinlich, bequem für das Pflegepersonal und sicher gut für die Kinder, aber sie ist verbesserungsfähig. Denn Amylum ist gar nicht das beste Mittel, um viel Wasser und zugleich das von der Haut der Genitalien der Kinder sezernierte Fett aufzusaugen. Es wird in diesen Eigenschaften von Magnesia carbonica und Kieselgur um das 4—8fache übertroffen. Beides sind billige Mittel, die uns in unerschöpflichen Mengen zu Gebote stehen.

[1]) Es kommt hierbei in Anbetracht, daß die Anzahl der Hautpatienten in Eppendorf sehr klein ist und die für diese gebrauchten Pasten nach von mir gegebenen Vorschriften nur Kieselgur, Kreide, Magnesia carbon. und Kaolin, dagegen kein Amylum enthalten.

Digitized by Google

Da für einen endgültigen Ersatz des Stärkemehls in jetziger Zeit der Preis eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, so seien zunächst die Preise der für Puder und Pasten in erster Linie in Betracht kommenden, bereits in der Apotheke vorrätigen Stoffe zusammengestellt.

Hundert Kilogramm kosten von:

Amylum tritici	74,00 M.
Kaolin	15,00 „
Bolus rubra	20,00 „
Bolus alba	30,00 „
Talkum (Sieb 5)	10,50 „
Talkum (Sieb 6)	25,00 „
Calcium carbonicum . . .	35,00 „
Magnesia carbonica . . .	63,00 „
Terra silicea	74,00 „
Terra silicea puriss. . . .	80,00 „

Man sieht, daß nur Kieselgur und Magnesiumkarbonat dem Amylum, was den Preis betrifft, nahe kommen, während alle anderen mineralischen Pulver weit darunter bleiben. Diese beiden Substanzen aber — Kieselgur und Magnesiumkarbonat — sind gerade diejenigen, von denen, um aus Salben gute Pasten zu machen, ein Zusatz von 5—10 % schon dieselbe Wirkung hat wie ein solcher von 25 % Amylum. Somit stellen sich alle mineralischen Pulver ganz bedeutend billiger und es besteht jedenfalls von dieser Seite kein Einwand gegen ihre Verwendung.

Nach Beendigung des Krieges dürfte sogar die weitere Frage aufzuwerfen sein, ob gewisse in der Technik gebrauchte und noch viel billigere Pulver nicht in die Apotheke einzuführen seien. Ich übergehe dieselben hier jedoch, da über sie genügende Erfahrungen noch nicht vorliegen.

Um nun unter den genannten mineralischen Pulvern die richtige Auswahl für Puder und Pasten zu treffen, sei es mir erlaubt, einige allerdings für Dermatologen selbstverständliche, aber in ärztlichen und Apothekerkreisen, wie es scheint, nicht genügend bekannte Eigenschaften derselben kurz zu besprechen.

Ich beginne mit der Kieselgur, da diese wichtigste aller Pastengrundlagen merkwürdigerweise in Apothekerkreisen noch immer auf Widerstand stößt, obwohl ihre Vorzüge seit 1888 bekannt sind und sehr oft hervorgehoben wurden. Man macht der Kieselgur den Vorwurf, daß sie sich ohne maschinelle Hilfe nicht so fein verreiben läßt, um zu verhindern, daß in den damit bereiteten Salben gröbere Partikelchen unangenehm auffallen. Durch den Gebrauch sehr fein gepulverter Kieselgur,

Digitized by Google

die bei den geringen in Betracht kommenden Mengen sich noch immer billiger als Stärkemehl stellen würde, könnte man diesem Vorwurf ausweichen. Aber ich würde gar nicht dazu raten, da bei maximaler Zertrümmerung der kleinen Kieselpanzer der Diatomen die wasseranziehende Eigenschaft der Kieselgur sicher Einbuße erleiden würde. Diese Körnchen, die dem Finger des Apothekers unangenehm sind, setzen den Wert der Kieselgur therapeutisch gar nicht herab.

Es wird ferner gesagt, daß Kieselgur die Haut schon beim bloßen Anfühlen austrockne und nicht so mild und indifferent sei wie das Amylum der Lassarschen Paste und wie andere vegetabilische Pulver und Talkum. Das ist sehr richtig, spricht aber gerade für Kieselgur, welche nur deshalb 1887 von mir eingeführt wurde, um bei nässenden Hautaffektionen eine rasche und maximale Eintrocknung der Oberhaut herbeizuführen. Zu diesem Zwecke — und es ist der Hauptzweck, zu dem die Dermatologen Pasten gebrauchen — hat es sich in den verflossenen 27 Jahren glänzend bewährt und ist von keinem anderen Mittel erreicht, geschweige übertroffen worden. Noch immer ist die Zinkoxyd-Schwefel-Kieselgur-Paste, welche drei austrocknende Mittel in sich vereinigt, bei nässenden Ekzemen das wirksamste, die Heilungsdauer am meisten herabsetzende Mittel.

Bei der Kieselgur kommt es also weder auf Eleganz des Präparates noch auf Annehmlichkeit und Weichheit der damit hergestellten Pasten an, sondern nur auf ihre außerordentliche, durch die lufthaltigen Kieselschalen bewirkte eintrocknende Eigenschaft. Ich gebe dem Kollegen Halle daher vollkommen recht, daß er bei Gelegenheit dieser Revision unseres dermatologischen Arzneischatzes ganz allgemein Kieselgur an Stelle des Amylums in den Pasten zu setzen vorschlägt. Denn gerade jetzt kommt es doch darauf an, unsere an nässenden Ekzemen leidenden Krieger besonders rasch gesund zu machen.

Pasta Zinci.		Pasta Zinci sulfurata.	
Terrae siliceae	5	Terrae siliceae	5
Zinci oxydati	25	Zinci oxydati	15
Olei arachidis	10	Sulfur. praec.	10
Adipis suilli	60[1])	Olei arachidis	10
		Adipis suilli	60

[1]) Der Vorschlag von Halle, in meinen Vorschriften für obige Pasten das Schweineschmalz durch Vaselin oder ein Vaselingemisch zu ersetzen, stieß in Apothekerkreisen auf berechtigten Widerstand. Die Schwierigkeit in der Beschaffung von Vaselin. flav. wird täglich größer, während Schmalz im Lande gewonnen wird und für den immerhin beschränkten Bedarf auch bei längerer Dauer des Krieges in genügender Menge beschafft werden kann.

Digitized by Google

Ganz anders steht es in bezug auf die Frage, ob Kieselgur zu Pudern verwendet werden soll; dieselbe kann einfach verneint werden. In der Puderform ist nicht bloß das trocken-rauhe Gefühl der Kieselgur sehr merklich und tatsächlich unangenehm; sie haftet auch zu wenig an der Haut.

Aber die chronischen nässenden Hautaffektionen sind nicht die einzigen, welche mit Pasten behandelt werden. Die Pastenbehandlung hat sich vielmehr auch bei den akutesten Hautentzündungen bewährt, die mit starker Hyperämie, entzündlicher Schwellung und großer Schmerzhaftigkeit auftreten und als deren häufigste Typen einerseits von Hautkrankheiten das erysipelatoide Ekzem des Gesichts und das der Genitalien genannt sein mögen, von chirurgischen Erkrankungen andererseits die Verbrennungen zweiten Grades. Hier gehören aber ganz andere Pastengrundlagen hin, nämlich die aus der Gruppe der alkalisch reagierenden, kohlensauren Erden: Kohlensaurer Kalk (Kreide) und kohlensaure Magnesia. Die alkalische Reaktion dieser Mittel führt, wie bei allen alkalischen Mitteln (Soda, Borax, Seife), einerseits zur Verseifung des Hautfettes (ca. 1‰ Ölsäure), dadurch zur Vermehrung der Verdunstung von der Haut und damit zur Abkühlung derselben, andererseits zur Beruhigung der gereizten Hautnerven.

In den mit ihnen hergestellten Kühlpasten, besonders der hierunter zuerst aufgeführten, besitzen wir unschätzbare Mittel zur raschesten Beseitigung des Schmerzes und der Entzündung.

Formeln für Kühlpasten.

Olei lini
Aquae calcis aa 20
M. adde
Calcii carbon.
Zinci oxydati aa 30
M.

Magnes. carbon.	10	Magnes. carbon.	10
Aquae dest.	20	Ungt. lenient.	40
Eucerini	20	M.	
M.			

Von dieser Gruppe eignet sich das Magnesiumkarbonat seiner Leichtigkeit wegen auch sehr gut zu Streupudern. Es besitzt nach der Kieselgur die stärkste wasseraufsaugende Kraft von allen mineralischen Pulvern und ersetzt sowohl in den Pudern wie in den Kühlpasten nach dieser Richtung hin die Infusorienerde vollständig.

Wiederum eine andere Bedeutung hat die Gruppe der kieselsauren Tonerdepräparate: Kaolin, weißer und roter Bolus.

Digitized by Google

Die wasseranziehende Kraft dieser Pulver ist verhältnismäßig gering, um so bedeutender aber ihr Vermögen, außer dem Wasser Fette aufzusaugen, und sie sind deshalb überall dort unentbehrlich, wo wir es mit einem Überschuß an Hautfett zu tun haben, wie bei den intertriginösen Ekzemen und Seborrhöen. Bei sehr fettiger Haut ist die Wasserentziehung durch Kieselgur und Magnesiumkarbonat gehindert, die durch Kaolin nicht.

Seit langem sind die Tonerdesilikate sodann empirisch als beste Vehikel für starke, zur Erweichung tiefliegender Entzündungsherde dienende Glyzerinpasten erkannt. Auch diese Tatsache erklärt sich daraus, daß die volle Wirkung der Erweichung durch Glyzerin eine gleichzeitige Entfettung der Hautoberfläche zur Voraussetzung hat. Kaolin ist deshalb das geeignetste poröse Material für erweichende Pasten, um den Kontakt des fettigen Hautsekretes (Wasser + Ölsäure) mit größeren Mengen Glyzerin zu vermitteln.

Von allen Tonerdesilikaten ist aber eigentlich nur Kaolin zur Pastenbereitung zu empfehlen, da es einerseits das reinste Präparat ist, andererseits das am meisten Wasser und Fett aufsaugende und obendrein noch das billigste.

Formeln für erweichende, glyzerinhaltige Kaolinpasten.

Kaolin	60	Kaolin	50
Glyzerin	30	Glyzerin	30
Ichthyol	10	Essig	20
M. bei Furunkeln usw.		M. bei Akne punctata.	

Zu Pudern eignen sich die Bolusarten besonders gut. Sie fühlen sich trocken, aber dabei — im Gegensatz zu Kieselgur — weich an und haften sehr leicht an der Haut. Sodann vermehren sie wegen ihrer fettanziehenden Eigenschaft die Verdunstung der Hautoberfläche und erzeugen daher bei der Einpuderung ein Gefühl von Kühlung. Außer dem Kaolin kann man zu Pudern wegen ihrer hautähnlichen Färbungen auch den weißen (gelblichen) und roten Bolus benutzen.

Formel für einen hautfarbenen Puder (Pulvis cuticolor).

Magnes. carbon.	20
Zinci oxydati	25
Boli albae	12,5
Boli rub.	2,5
Talci	40
M.	

In dieser Formel ist die Weizenstärke der früheren Formel für Pulvis cuticolor durch Talkum ersetzt, welches weder Wasser noch Fett in er-

Digitized by Google

heblicher Menge ansaugt, weder stärker eintrocknende noch entzündungswidrige Eigenschaften besitzt und daher für die Pastenbehandlung wenig geeignet ist. Aber für Puder paßt es um so besser. Es haftet sehr gut an der Haut und ist das weichste von allen mineralischen Pulvern, das bereits trocken — die Bolusarten tun das erst nach Anfeuchtung mit Wasser, Kreide und Kieselgur gar nicht — sich durch Druck wie ein Fett verstreichen läßt. Da wir zu dermatologischen Zwecken den Pudern gern Medikamente von harter Konsistenz, wie Zinkoxyd, Schwefel, Wismutsalze zusetzen, so ist das überaus weiche Talkum für Puder das gegebene, zugleich als Korrigens dienende Vehikel. Es ist daher gegen den Vorschlag von Halle, für Puder Talkum als Mehlersatz allgemein einzuführen oder wenigstens zu empfehlen, gewiß nichts einzuwenden. Allerdings wird der Dermatologe sich vorbehalten, unter besonderen Umständen das Stärkemehl auch durch Kaolin (bei fettiger) oder durch Magnesia carbonica (bei nässender Haut) zu ersetzen.

Alles zusammengenommen, können wir für eine rationelle Pasten- und Puderbehandlung das Stärkemehl sehr gut entbehren, nicht aber: Kieselgur, Kalzium- und Magnesiumkarbonat, Kaolin und Talkum.

Beiträge zur Histopathologie der Tierhaut.

Von

Louis Merian, Zürich.

(Mit 3 Abbildungen.)

4. Das Ekzem (die nässende Flechte, auch Salzfluß genannt).

Unter Ekzem versteht man oberflächliche Hauterkrankungen, die mit den katarrhalischen Affektionen der Schleimhäute verglichen werden können. Schindelka definiert das Ekzem „als einen Sammelbegriff für eine Reihe von Hautkrankheiten, welche alle das gemein haben, daß sie eine den Katarrhen der Schleimhäute analoge Entzündung der oberflächlichsten Schichten der Haut darstellen". Je nachdem das Ekzem schneller oder langsamer verläuft, unterscheidet man zwischen einem akuten und einem chronischen Ekzem. Kommt es zur Rötung, Schwellung und zum Nässen der Haut, so spricht man von einem nässenden Ekzem. Bilden sich Knötchen, Bläschen und Pusteln, so hat man es mit einem knötchenförmigen, bläschenförmigen oder pustulösen Ekzem zu tun. Schilfert die Haut nur ab, ohne zu nässen und ohne bei der makroskopischen Untersuchung irgend welche Veränderungen zu ergeben, so spricht man von einem schuppenden Ekzem. Schindelka unterscheidet fünf Grundformen

Digitized by Google

des Ekzems: 1. Ekzema papulosum, 2. Ekzema vesiculosum, 3. Ekzema madidans (rubrum), 4. Ekzema impetiginosum (crustosum), 5. Ekzema squamosum. Als besonders charakteristische Ekzemform hebt er unter anderen auch den sogenannten Ruß der Ferkel hervor, dessen histologisches Bild ich ebenfalls beschrieben habe.

Die Ätiologie der Ekzeme ist noch ein sehr umstrittener Punkt. Die einen Autoren machen von außen an die Haut herantretende Schädlichkeiten, andere im Innern des Körpers liegende Ursachen für die Entstehung des Ekzems verantwortlich. Die von außen auf die Haut wirkenden Ursachen können chemischer, mechanischer oder thermischer Natur sein, entweder einzeln oder gemeinsam wirken. Sie genügen alleine oder zusammengenommen nicht, ein typisches Ekzem hervorzurufen; es bedarf immer einer zu ekzematösen Erkrankungen neigenden Haut. Unna, der Hauptvertreter der parasitären Natur der Ekzeme, stützt seine Aussagen nicht nur auf bloße zufällige Beobachtungen auf der Menschen- und Tierhaut, sondern auf exakte experimentelle Übertragungsversuche. Nach Unna ist das Ekzem: „eine chronische, diffuse, juckende, parasitäre Oberhauterkrankung mit Neigung zu Schuppen (Parakeratose), Nässen (Spongiose), Epithelwucherung (Akanthose) und abnormer Fettabsonderung (Parasteatose). Schindelka ist der Meinung, daß die vom Körperinnern wirkenden Schädlichkeiten, die häufig in Verdauungsbeschwerden bestehen, als ursächliches Moment angesehen werden müssen. Es soll sich nach der Meinung von Schindelka um Autointoxikationen vom Darm aus handeln. In manchen Fällen soll die Futteraufnahme, wie Buchweizen, Kartoffelschlempe, Weintrauben usw. für die Entstehung der Ekzeme verantwortlich gemacht werden. Bei Hunden konnte Schindelka ein Zusammentreffen von Darmaffektionen und Nierenleiden mit Ekzem beobachten. „Wahrscheinlich, sagt Schindelka, sind die Toxine des Darmes, welche in diesen Fällen einerseits das Hautleiden veranlassen, andererseits auch die Nierenreizungen und die Nephritis bewirken, als die Ursache anzusehen.“ Nach Heller scheint das Ekzem nur eine den Haustieren eigentümliche Erkrankung zu sein. Ihm sind keine Fälle bekannt, weder aus den Berichten von zoologischen Gärten, noch aus solchen über Jagdtiere, daß absolut sicher diagnostizierte Ekzeme bei diesen Tieren angetroffen wurden. Ob die Domestikation als ätiologischer Faktor eine Rolle spielt, oder ob das nahe Zusammenleben mit dem Menschen begünstigend wirkt, vermögen wir nicht zu unterscheiden. Das mir vorliegende Material war nicht geeignet, um die ätiologische Seite des Hundeekzems zu erforschen; ich werde aber bei der Betrachtung der histologischen Bilder die ätiologischen Momente, welche mir begegnet sind, hervorheben.

Digitized by Google

Krankengeschichten und mikroskopischer Befund.

Fall 1. Die Präparate stammen von einem braunweißen Bernhardiner. Nach Angaben des Besitzers leidet das Tier seit zwei Jahren an einem universellen Ekzem des ganzen Körpers, welches zuerst in Form von kleinen gelblichen Schuppen, die zwischen den Haaren des Rückens auftraten und sich bemerkbar machten. Bald darauf fielen an einigen Hautbezirken handtellergroße, nässende Stellen auf, die sich allmählich zurückbildeten und an deren Stelle sich die noch heute deutlich von allen Haaren entblößten Hautpartien befinden.

Präparat 1a, welches ich zuerst beschreiben werde, ist von einem Hautstück angefertigt, bei dessen makroskopischer Betrachtung sich zwischen den Haaren stecknadelkopfgroße rötliche Punkte erkennen lassen.

Mikroskopischer Befund. Die Hornschicht zeigt keine pathologischen Veränderungen. Die Stachelschicht verhält sich verschieden. Während sie an einigen Stellen normale Breite aufweist, finden sich an anderen Stellen gegen die Kutis vordringende Verdickungen mit Mitosen innerhalb der Keimschicht; mithin das Bild der reinen Akanthose. Auch die Haarbälge sind nahe der Oberfläche in ihrem obersten Teil durch Wucherung der Epithelien verdickt. Die Akanthose setzt sich auf die Ausführungsgänge der Haarbälge fort. Die subepithelialen Blutgefäße sind sehr deutlich daran zu erkennen, daß das Gefäßlumen nicht zusammengefallen, sondern weit ist, und einige derselben mit Blut gefüllt sind. Diese Stellen entsprechen den bei makroskopischer Betrachtung gemachten Beobachtungen der stecknadelkopfgroßen rötlichen Punkte. Die zellige Infiltration der Kutis ist sehr gering. Die spärlichen Infiltrate setzen sich aus wenigen Plasma- als Mastzellen zusammen und erhalten nie eine bedeutende Größe. In der Tiefe der Haut finden sich kleine Plasmazellenherde, aber reichlich zerstreut Mastzellen.

Präparat 1b entstammt von einem Hautstück, bei welchem es zu einer starken Schuppenbildung gekommen war. Die sich fett anfühlenden, gelblichen Schuppen ließen sich leicht von der Unterlage abheben. Diese Veränderungen fanden sich hauptsächlich an der Schwanzwurzel und auf der Bauchhaut des Tieres.

Mikroskopischer Befund. Die Hornschicht zeigt mikroskopisch ein verschiedenes Verhalten. An einigen Stellen ist sie vollkommen normal; an einzelnen Stellen ist es zu Parakeratosenbildung, an wieder anderen Stellen zu Krustenbildung gekommen. Die Krusten bestehen aus Hornlamellen, zwischen welche ein Fibrinnetz und nur wenige Leukozyten eingelagert sind. Die Stachelschicht ist verbreitert und weist gewucherte Leisten auf. Sie zeigt an ihrem unteren Rande Mitosenbildung. Diese allgemeine Akanthose der Oberhaut erstreckt sich auf die Ausführungsgänge der Haarbälge. An einer Stelle im Präparat ist es zu einer spongoiden Umwandlung gekommen. Man bemerkt zwischen den Zellen bläschenförmige Erweiterungen der Lymphspalten, die sich von der Mitte

Digitized by Google

der Stachelschicht bis zur parakeratotisch veränderten Hornschicht erstrecken. Diese bildet sich ohne Dazwischenkunft einer Körnerschicht, ist also parakeratotisch verändert und in eine Schuppe verwandelt. Wir haben somit in diesem Präparat alle drei Faktoren nebeneinander, welche das Ekzem des Menschen charakterisieren. Subepithelial finden sich sehr viele Mastzellen; diese begleiten die gewucherte Stachelschicht und sind um die Gefäße gelagert.

Präparat 1c. Die Präparate stammen von einer handtellergroßen Stelle zwischen der Schwanzwurzel und dem Rücken. Die Haare waren an dieser Stelle nur noch ganz vereinzelt vorhanden. Die Haut zeigte eine dunklere Verfärbung als die normale Umgebung; es bestand leichte Schuppenbildung, doch kein Nässen.

Mikroskopischer Befund. Die Hornschicht hat wieder ihre normale Beschaffenheit angenommen, insofern an einzelnen Stellen das Deckepithel seine normale Dünne wiedergewonnen hat. Die Akanthose zeigt im ganzen Präparat einen unregelmäßigen Rückgang. Die Verbreiterung der Haarbälge an ihrem oberen Rande hat sich nicht nur vollkommen zurückgebildet, sondern die ganzen Haarbälge haben eine Atrophie erlitten, wobei viele Haare verloren gegangen sind. Die Atrophie besteht in einer bedeutenden Verkleinerung der Haarbälge und Verringerung ihrer Anzahl. Dieser mikroskopisch erhobene Befund deckt sich vollkommen mit dem klinischen Bilde, bei welchem der Haarwuchs an diesen Stellen eine sehr starke Reduktion erfahren hatte.

Zusammenfassend läßt sich über das chronische Ekzem von Fall 1a, b und c sagen, daß dessen histologisches Bild in den drei wesentlichsten Punkten, der Parakeratose, Akanthose und der Spongiose, mit dem chronischen Ekzem des Menschen übereinstimmt.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Ein seltener Parasit der Harnblase des Weibes, von A. Bauereisen. (Zschr. f. gyn. Urol., 1913, Nr. 5.) B. konnte in der weiblichen Harnblase Ascaris lumbricoides feststellen. Es handelte sich um eine 57jährige Frau, die seit einem Jahre sich nicht ganz wohl fühlte, zeitweise Schmerzen in der linken Seite hatte, die in den letzten Monaten stark zunahmen. Drei Wochen vor Aufnahme in die Kieler Frauenklinik bemerkte sie eine Geschwulst in der linken Seite, die die Haut mehr und mehr vorwölbte, bis es schließlich zum Durchbruch von Eiter kam. Es bestand Fieber. Bei der Aufnahme der Patientin stellte man ein mächtiges parazystisches Exsudat fest, das sich bis zur linken seitlichen Beckenwand ausgedehnt hatte und spontan oberhalb des Lig. Pouparti durchgebrochen war. B. nahm, obgleich die Patientin über keine Blasenbeschwerden geklagt hatte, die Zystoskopie vor, die folgendes ergab: Kollum und Trigonum stark gerötet, leicht ödematös. Die Schleimhaut der vorderen Blasenwand stark

Digitized by Google

injiziert. Im Übergang von der hinteren Blasenwand zum Vertex eine kraterförmige Grube, in deren Tiefe eine dunkle Stelle einer Perforationsöffnung ähnlich sieht. Die Umgebung ist von bullösem Ödem eingenommen. In der Flüssigkeit der Blase tauchte von Zeit zu Zeit ein sich lebhaft bewegender Wurm auf, der mit der Blasenfaßzange extrahiert wurde. Der Tumor wurde dann als ein eitriges Infiltrat aufgefaßt, das durch askaridogene Perforation des Darmes und der Blase langsam entstanden war. Trotz sorgfältiger Untersuchung ließ sich keine offene Verbindung des Darmes mit der Blase oder der Abszeßhöhle feststellen. Daher wurde nur die Fistel erweitert und eine Gegeninzision an der Crista ilei angelegt. Obwohl Eiter reichlich abfloß und der Tumor sich verkleinerte, entwickelte sich ein pyämisches Krankheitsbild und Patientin kam zum Exitus. Die Autopsie ergab eine abnorme Verbindung zwischen einer mit der Harnblasenwand strangförmig verwachsenen Dünndarmschlinge und der Harnblase. Durch den engen Gang zwischen Blase und Dünndarm gelangten die Darmkeime beständig in die Blase und die nächste Umgebung und unterhielten hier eine schleichende Pelveoperitonitis, Parazystitis, Parametritis und eine Thrombophlebitis, von der aus sich dann pyämische Herde in verschiedenen Organen des Körpers lokalisierten.

E. Brinitzer-Altona.

Entfernung einer russischen Maschinengewehrkugel aus der Blase durch die Urethra, von Zondek. (B. kl. W., 1914. Nr. 49.) Eine Kasuistik, deren sachlicher Inhalt bereits durch die Überschrift gegeben ist. Das Geschoß (natürlich keine „Kugel"!) lag in einer divertikelartigen Ausbuchtung der Blase und wurde durch Druck des ins Rektum eingeführten Fingers in Bewegung gebracht und gedreht, so daß die Spitze nach der Harnröhrenöffnung gerichtet war. Zum Ergreifen und Herausziehen des Fremdkörpers wurde benutzt ein eigens zu diesem Zweck angefertigtes Instrument, das mit Zystoskop armiert war und mit einem Schnabel, dessen beide Löffel genau der Form und Größe eines russischen Maschinengewehrgeschosses angepaßt waren, so daß, sobald das Geschoß gefaßt ist und die beiden Löffel dann ein wenig auseinandergebracht werden, das Geschoß in den Schnabel hineingleitet. E. Klemm-Leipzig.

1. Über Steinanurie.

2. Bemerkungen über Prostatahypertrophie, von Prätorius-Hannover. (Ärztl. Korr. Bl. Niedersachsen, 1914, Nr. 3.) Anurie ist vielleicht zum Teil durch die Annahme einer inneren Sekretion der Niere erklärlich, die bei Nephritis schon lange vor Eintritt derselben geschädigt ist. Bei Steinkranken sollten in angemessenen Zwischenräumen Funktionsprüfungen der Nieren vorgenommen werden, damit bei einer etwaigen Anurie keine Zweifel bestehen können, welche Niere zu inzidieren sei. Die Prostatahypertrophie geht nach neuerer Anschauung meist von einer zwischen Samenhügel und Sphincter internus dicht unter der Schleimhaut gelegenen Gruppe urethraler Drüsen, dem sogenannten Zentralkern der Prostata, aus; durch dieses Adenom wird die eigentliche Prostata atrophisch. Wahrscheinlich steht die Entartung mit der inneren Sekretion der Hoden in Verbindung, Hormonen, von denen auch die Entwicklung abhängig ist. Indikationen zur Operation sind nur: starke Schmerzen, schwieriger Katheterismus, Blutungen, häufige Zystitiden, besonders mit Steinbildung, ev. soziale Momente. Niemals darf eine akute Retention Anlaß zur Operation sein, weil oft noch nach langem Warten spontane Urinentleerung eintritt. Schließlich redet der Vortragende der Behandlung der Prostatahypertrophie im Frühstadium vermittels Röntgenstrahlen das Wort.

Über einen Fall von spontaner Blasensteinzertrümmerung, von R. Schaller. (Diss. Straßburg, 1913.) 67jähr. Mann, seit zehn Jahren mit Blasensteinen behaftet. Ließ sich nicht operieren. Urin trüb, eitrig, Sectio alta. 25 einzelne Steine und Steinfragmente. Ein einziger Stein intakt; Größe einer Nuß. Aus den Fragmenten lassen

Digitized by Google

sich fünf weitere Konkremente zusammensetzen. Vier von diesen haben ebenfalls Nußgröße und sind abgeflacht. Ein Stein ist haselnußgroß. Fünf Steine bieten das Bild der vollständigen Trennung des Zusammenhangs. Drei Steine sind in zwei Stücke, je ein Stein in vier resp. sechs Stücke zerfallen. Die Erscheinung der spontanen Steinzertrümmerung wird hauptsächlich bei alten Männern gefunden. Meist handelt es sich um Zerfall von multiplen Blasensteinen. Verfasser bespricht kritisch die zur Erklärung der Spontanzertrümmerung aufgestellten Theorien: mechanische, chemische, chemisch-mechanische. In beschriebenem Falle handelt es sich bei dem großen Stein um eine typische Form der Hellerschen zentralen Zerklüftung. Keine der bis jetzt aufgestellten Theorien löst die Frage endgültig. F. Loeb-München.

Meine sechs letzten Fälle von hypogastrischem Schnitt bei Blasensteinen, von Carlos Negrete. (Rev. Ibero-Amer., April 1914.) An der Hand von sechs Fällen Besprechung von Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Blasensteine. R. Frühwald-Leipzig.

Neubildungen der Blase; klinische Berichte über drei Fälle von Behandlung mit dem Oudinschen Hochfrequenzstrome, von Victor Cox Pedersen-New York. (New York m. J., 7. Februar 1914.) P. berichtet über einen Fall von primärem papillärem Adenokarzinom der Blase, der, einen 50jährigen Russen betreffend, zuerst für ein gutartiges Papillom gehalten und dessen Diagnose erst nach der Operation und histologischen Untersuchung richtiggestellt werden konnte, und zwei Fälle von gutartigen Papillomen, 40- resp. 47jährige Patienten betreffend, bei welchen die Behandlung mit dem Oudinschen Hochfrequenzstrome völlige Heilung brachte. Ohne auf die Einzelheiten der Fälle, der Operationstechnik (Zahl der Sitzungen) und die vor und nach der Behandlung dargestellten zystoskopischen Bilder einzugehen, sei nur der sehr beherzigenswerten Mahnung des Verfassers gedacht, jeden Patienten, der Blut oder Eiter im Urin zeige, wenn auch nur mikroskopisch sichtbar, zystoskopisch auf das sorgfältigste zu untersuchen, da die Behandlung um so geeigneter sein kann, je früher die Blut- oder Eiterquelle erkannt sei. M. Stern-München.

Über Harnblasengeschwülste mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von zystischem Polyp bei einem Neugeborenen, von S. Hilsmann. (Diss. Berlin 1913.) Ein etwa erbsengroßer zystischer, fluktuierender, mit seröser Flüssigkeit gefüllter, fast durchscheinender Tumor mit glatter, spiegelnder Oberfläche hängt mittels eines 4—5 mm langen Schleimhautstieles von der vorderen Blasenwand in die Blase. Annahme kongenitaler Entstehung durch abnorme embryonale Abschnürungen. F. Loeb-München.

Tumoren der Blase, von Jocelyn Swan. (Lanc., 9. Mai 1914.) Klinische Vorlesung mit Verwertung eigener, an 58 Fällen gewonnener Erfahrungen, die sich in der Hauptsache auf Papillome und Karzinome beschränkt, und andere Geschwülste als extreme Seltenheiten nur eben erwähnt. Die Ausführungen über Behandlung beschränken sich auf die nach suprapubischer Eröffnung der Blase vorzunehmende radikale Entfernung und berücksichtigen nicht die in den letzten Jahren empfohlenen Verfahren (Diathermie, Hochfrequenzfunken usw.). W. Lehmann-Stettin.

Der gegenwärtige Stand der Diagnose und Therapie der Blasentumoren, von Hugh Hampton Young-Baltimore. (J. Am. m. Assoc., 22. November 1913.) Die Arbeit umfaßt 117 Fälle von Blasentumoren bei Patienten im Alter von 25—80 Jahren. Bei 21 oder 17% der Fälle handelte es sich um gutartige Papillome; 83% waren bösartiger Natur (96 Karzinome, 1 Sarkom). Die relative Seltenheit der gutartigen Blasenpapillome ist auffallend, ebenso die Erfahrung, daß diese Papillome, wenn sie durch Operation nicht radikal geheilt werden, sich schließlich fast immer zu bösartigen Tu-

Digitized by Google

moren entwickeln. Verfasser hat ferner die Beobachtung gemacht, daß Blasentumoren nur in seltenen Fällen von Tumoren der Prostata oder der Samenblasen ihren Ursprung nehmen. Folgende Behandlungsmethoden wurden ausgeführt: 47mal die suprapubische Exzision, 19mal die Fulguration, 22mal die suprapubische Dränage, 5mal die suprapubische Teilexzision nach Zerstörung der Basis durch Kauterisation oder Fulguration, 28mal unterblieb jede operative Behandlung. Ein Rückblick auf diese 117 Fälle von Blasentumoren zeigt, daß die bloße Exzision völlig unzulänglich ist und in gutartigen und bösartigen Fällen prompt von Rezidiven gefolgt wird. Die Kauterisation, in Verbindung mit Exzision nach suprapubischer oder intraperitonealer Freilegung, ist ein ganz besonders schätzenswertes therapeutisches Verfahren, das selbst in einigen anscheinend hoffnungslosen Fällen noch vorzügliche Erfolge erzielte. Bei gutartigen Tumoren scheint der Hochfrequenzstrom befriedigend zu wirken, aber er muß kräftig angewandt werden. Der Therapie soll die mikroskopische Untersuchung vorangehen.

H. Fendt-Wiesbaden.

Die Koagulationsbehandlung der Blasengeschwülste, von Hans Rubritius. (Prag. m. Wschr., 1913, Nr. 51.) Zwei Fälle werden mitgeteilt: eine blaßrote, zottenförmige, etwa kleinwallnußgroße Geschwulst knapp hinter der linken Uretermündung, welche der Blasenwand aufsaß, bei einer 59jährigen Frau. Das Papillom konnte in vier Sitzungen vollständig entfernt werden. Der zweite Fall betraf einen 45 Jahre alten Mann, etwa 1 cm von der rechten Uretermündung entfernt war ein kleines, etwa bohnengroßes Papillom vorhanden, welches ambulatorisch in zwei Sitzungen vollständig zum Verschwinden gebracht wurde. Indiziert ist die Methode erstens bei allen gutartigen Papillomen. Bei unklarer Diagnose kann zunächst ein Stück von dem Tumor zur mikroskopischen Untersuchung abgetragen werden. Zweitens ist die Methode am Platze bei allen bösartigen Rezidiven in der Absicht, dem Kranken durch Entfernung des rezidivierten Tumors Linderung seiner Beschwerden zu schaffen; palliativ ferner bei solchen malignen Tumoren, deren radikale Entfernung technisch unmöglich ist, und endlich zur Blutstillung bei wiederholten schweren Blasenblutungen infolge von Blasenkrebs.

G. Heymann-Elbing.

Über die operative Behandlung der Blasentumoren, von Otto Hildebrand-Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1914, Bd. 105, H. 4.) Die Beseitigung des primären Tumors muß nicht nur nach der Breite, sondern auch der Tiefe nach geschehen. Bei den bösartigen Tumoren, wie Karzinom, muß die Blasenwand der ganzen Dicke nach mit dem Tumor weggenommen werden, um alle Karzinomkeime zu entfernen. Man ist von der einfachen Exstirpation des Tumors aus der Blasenwand von der Sectio alta aus übergegangen zur Resektion des Tumors mit einem mehr oder weniger großen Stück Blasenwand durch die ganze Dicke hindurch, und in einer kleinen Anzahl von Fällen zur Exstirpation der ganzen Blase. Bei den benignen Tumoren der Papillome ist die intravesikale Methode der Entfernung der Papillome die ungefährlichere, die Sicherheit der definitiven Beseitigung des Tumors ist bei der Sectio alta größer.

W. Chrzelitzer-Posen.

Moderne Behandlung der Blasentumoren, von Salvador Pascual. (Rev. clin. Madrid, 1913, Nr. 23.) Der Verfasser behandelt hauptsächlich die Frage der Hochfrequenzbehandlung der Blasentumoren an der Hand der einschlägigen Literatur.

A. Gunsett-Straßburg.

Behandlung der Blasentumoren mit Hochfrequenzströmen, von Renner. (B. kl. W., 1914, Nr. 37.) Verfasser empfiehlt nach seinen Erfahrungen an sechs Fällen diese Behandlung als einen Fortschritt. Die Vorzüge dieser Methode liegen in ihrer technischen Einfachheit (sie ist nicht schwerer als ein Ureterkatheterismus), der

Digitized by Google

Möglichkeit, die Zahl der Sitzungen zu verringern, und der Zugänglichkeit der meisten für die Schlinge nicht erreichbaren Stellen der Blase. Benutzt wurde der übliche Diathermieapparat. E. Klemm-Leipzig.

Drei mit Diathermie behandelte Fälle von malignem Gewächs des Blasengrundes, von C. E. Ireddell und R. Thompson-London. (Lanc., 20. Juni 1914.) Bei zwei von den Patienten wurde erst die Sectio alta ausgeführt und der Tumor möglichst ausgiebig abgetragen; dabei zeigte es sich, daß zur vollständigen Beseitigung des Gewächses ein bedenklich weitgreifendes Operieren nötig sein würde. Man stillte deshalb nur die Blutung und nahm nach einigen Tagen die Diathermie vor, die sehr befriedigende Resultate lieferte. Bei dem dritten Patienten, der eine Operation verweigert hatte, wurde das elektrische Verfahren mehr als Palliativmittel, aber auch mit guter Wirkung angewandt. A. Philippi-Salzschlirf.

Die intravesikale Verwendung von Radium bei Karzinom, von F. J. Schoenenberger und S. W. Schapira. (J. Am. m. Assoc., 21. November 1914.) Daß die direkte Applikation von Radium bei Blasenkarzinom günstig zu wirken imstande ist, haben Verfasser bei zwei Fällen erprobt. Nach Ausführung des hohen Blasenschnitts wurde eine Tube mit 15 mg Radium in die Blase eingeführt und zwölf Stunden lang in direkter Berührung mit dem Tumor fixiert gehalten. Der Verschluß der Blasenwunde ging in normaler Weise vonstatten, und die spätere zystoskopische Untersuchung ergab völliges Verschwundensein der Neoplasmen. Eine eigentümliche Erscheinung bildeten Attacken von hoher Temperatursteigerung, die 48 Stunden nach der Operation zuerst einsetzten und sich einige Male wiederholten. Verfasser deuten dieselben als Resorptionsfieber infolge des starken Zerfalls der Tumorzellen. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Instrument zur direkten Applikation von Radium auf Neubildungen der Blase, von Winfield Ayres-New York. (New York m. J., 18. Juli 1914.) In Fällen von inoperablen Neubildungen der Blase ist es immerhin wünschenswert, Radium anzuwenden, und Ayres dünkt es zu diesem Zwecke besser, mittels Zystoskops das Radium in direkte Berührung auf ca. 1 Stunde (dreimal wöchentlich) zu bringen, als es auf gut Glück vermittels einer Sonde oder nach oberem Blasenschnitt 24 Stunden darin zu belassen. Der Radiumbehälter besteht aus einer Goldkapsel (zum Schutze vor den Sekundärstrahlen); diese ist mit einer langen Silberschnur, welche durch einen dünnen Katheter (Nr. 11) führt, befestigt und am proximalen Ende mit einer Gummikappe bedeckt, um das Auslaufen der Flüssigkeit aus der Blase zu verhüten. Dieser Radiumkatheter wird durch das speziell von A. konstruierte Zystoskop wie ein Ureterenkatheter eingeführt und der Goldbehälter direkt auf den Tumor gebracht. Eine halbe Stunde vor Einführung des Zystoskops werden 60 g einer 1%igen Alypinlösung in die Blase injiziert und während der Behandlungsdauer eine 1—4%ige Lösung desselben Mittels in der Blase bei mittlerem Füllungszustande belassen. M. Stern-München.

Exclusio vesicae bei schwerer Blasentuberkulose, von Einar Key. (Nord. med. Arkiv, 1913, Abtg. 1, H. 3, Nr. 7.) Verfasser kommt auf Grund seiner Erfahrungen an zwei mittels Ureterostomie behandelten Fällen und einer Zusammenstellung von weiteren neun entsprechenden Fällen und der Literatur zu folgender Zusammenfassung: 1. Bei schwerer Blasentuberkulose (Verfasser versteht unter letzterer diejenigen Fälle, in denen der Patient an unablässigem, schmerzhaftem Harndrang leidet, der ihm jede Ruhe raubt, ihm das Dasein unerträglich macht und wo durch die gewöhnlichen Behandlungsmethoden keine dauernde Besserung oder Linderung zu erzielen ist) werden die schmerzhaften subjektiven Blasensymptome durch die Kontraktionen der Blase verursacht und diese werden durch den herabfließenden Harn ausgelöst. 2. Durch vollständiges Ableiten des Harns, Exclusio vesicae, können wir diese Symptome zum

Digitized by Google

Schwinden bringen. 3. Nach der bisher gewonnenen Erfahrung muß Ureterostomie bei nicht oder nur wenig verändertem Ureter und Nephrostomie bei hochgradig verändertem Ureter oder Pyonephrose ausgeführt werden. E. Klemm-Leipzig.

Ein Fall von maximaler narbiger Retraktion der Blase durch Tuberkulose, von Ch. Perrier. (Rev. Suisse rom., 1914, Nr. 1.) Die 32jährige Patientin litt seit drei Jahren an trübem Urin und vermehrter Miktion; in der letzten Zeit ist sie schließlich inkontinent geworden. Es gelang nicht, eine Sonde oder ein Zystoskop in die Blase einzuführen, weshalb eine Zystotomie vorgenommen wurde. Diese war aber sehr schwierig: die Blase war ganz klein, hinter der Symphyse versteckt, ihre Höhlung etwa fingerkuppengroß. Es wurde eine Dauersonde eingelegt; die allgemein-diätetische Behandlung hob die Körperkräfte der Patientin, doch gelang es nicht, eine größere Blasenkapazität zu erzielen. Es wurde nun versucht, durch Verschluß der Urethra allen Urin durch die Zystostomie zu leiten. Bemerkenswert ist, daß die Blasenveränderungen, die sich als tuberkulös erwiesen, kaum schmerzhaft sind. R. Frühwald-Leipzig.

Hämaturie durch Blasenvarizen, von Giulio Dialti. (Policlinico, 1914, Nr. 5 bis 6.) Verfasser beschreibt zwei Fälle von Blasenvarizen, die zu heftiger Hämaturie geführt hatten; der eine betraf einen Prostatiker, der andere eine Gravide. Dann bespricht er eingehend die idiopathischen Blasenvarizen, dann die bei Schwangerschaft und gynäkologischen Leiden vorkommenden, bei Prostatikern und bei lokalen und allgemeinen Erkrankungen. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

R. Frühwald-Leipzig.

Über das wahre laterale Blasendivertikel, von C. Ghezzi. (Morgagni, Juli 1914.) Der 28jährige Mann litt seit drei Jahren an heftigen zystischen Beschwerden (Pollaki- und Pyurie, Schmerzen), die sich zeitweise besserten und verschlimmerten. Die Zystoskopie ergab nichts; auch bei der explorativen Zystotomie fand sich nur die Blasenwand verdickt, die Schleimhaut mammelloniert. Durch Höllensteininstillationen wurden die Beschwerden gebessert, doch erfolgte bald wieder ein Rezidiv. Bei der neuerlichen Eröffnung der Blase fand sich nun nach rechts unten von der Uretermündung ein Divertikel, dessen Mündung durch die geschwollenen Schleimhautfalten verdeckt war. Der Kranke starb an Peritonitis. Verfasser weist auf die Schwierigkeit der Diagnose und auf die Aussichtslosigkeit der Therapie hin.

R. Frühwald-Leipzig.

Zur Heilung der angeborenen Harnblasen- und Harnröhrenspalte, von Dünkeloh. (D. Zschr. f. Chir., 1914, Bd. 129.) D. kommt zu dem Ergebnis, daß die Operation nach Trendelenburg allen anderen Methoden überlegen ist. Da die bei einer Harnblasenspalte auseinanderstehenden Schambeinäste die direkte Vereinigung der Blasenränder zu sehr hindern, durchtrennt Trendelenburg in der ersten Operation die Synchondrosis sacroiliaca. Bei seitlichem Druck auf die Beckenschaufeln lassen sich dann die Schambeine zusammenbringen, und durch Einbettung in einen Lagerungsapparat wird diese Annäherung auch zu erhalten gesucht, bis das Becken wieder fest ist. In der zweiten Operation werden die Blasenränder angefrischt und vereinigt. Damit das Kind trocken liegen bleiben und die Wunde an der Synchondrose nicht mit Urin in Berührung kommen soll, wird der Urin jedesmal mit der Bunsenschen Wasserstrahlpumpe abgesaugt. Vollständige Kontinenz wurde nie erzielt. Der Grund für die Inkontinenz liegt nach Trendelenburg in der Schwierigkeit, eine absolut vollständige primäre Heilung der Blasenränder zu erzielen. E. Brinitzer-Altona.

Zur Zystoskopie bei Blasenfisteln, von Paul v. Kubinyi. (Zschr. f. gyn. Urol., 1914, Bd. 5, Nr. 1.) Um sich eine klare anatomische und topographische Orientierung

Digitized by Google

über die Verhältnisse bei hochgelegenen Blasenfisteln zu verschaffen — die schnelle Entleerung der Flüssigkeit vereitelt sonst die Zystoskopie —, empfiehlt K. folgende Methode: bei Novokain-Adrenalin-Lokalanästhesie oder im Ätherrausch wird eine zirkuläre Tabaksbeutelnaht um das Scheidenrohr angelegt. Durch Knoten derselben entsteht eine temporäre Kolpokleisis. Man kann dann die Blase und Scheide durch die Urethra anfüllen und die Zystoskopie nachher in Steinschnittlage bequem ausführen.

E. Brinitzer-Altona.

Besserung von Blasennarben durch Fulguration, von Bolton Bangs-New York. (M. Record, 4. April 1914.) Nach suprapubischer Prostatektomie blieb bei einem 52jährigen Patienten eine Harnfistel über fünf Monate lang bestehen. Zu gleicher Zeit hielt auch das Gefühl eines Hindernisses beim Harnen an, als dessen Ursache zystoskopisch eine weiße quere Narbenfalte nachgewiesen wurde. Verfasser hat diese Narbe mit Fulguration behandelt, viermal in Zwischenräumen von je einer Woche, die das Hindernis bei der Miktion und zu gleicher Zeit den noch vorhandenen Harndrang beseitigte.

W. Lehmann-Stettin.

Über Harnblasenemphysem, von Nowicki-Lemberg. (Virch. Arch., Bd. 215, H. 1.) Das chronisch entstehende Gasbläschenemphysem der Gewebe ist beim Menschen eine sehr seltene Erscheinung; am häufigsten trifft man es in der Scheide, seltener im Darmkanal, und Verfasser veröffentlicht erst den fünften Fall von Gasbläschenemphysem der Harnblase. Verfasser gibt eine eingehende Beschreibung der mikroskopischen Untersuchung der Harnblasenwand und faßt die Ergebnisse dahin zusammen, daß die einzeln liegenden oder konfluierenden Harnbläschen in allen Schichten der Harnblasenwand gelegen sind, am zahlreichsten in der Mukosa und Submukosa, wo sie auch die größte Ausdehnung erreichen. Die Gasbläschen haben keine feste Zellenauskleidung, nur hier und da leistenartige Riefenzellen; im Lumen der Bläschen trifft man an der Peripherie gelegene Bakterien, nur selten Blut an. Außer den Gasbläschen sind glattwandige oder angerissene Spalten vorhanden, die oft unmittelbar mit den ersteren kommunizieren. Die Mukosa und Submukosa, weniger die tieferen Schichten, sind stark hyperämisch bzw. mit Blut infiltriert. Um die Gasbläschen, Spalten und kleinen Gefäße befinden sich kleinzellige Infiltrationen. Die Bildung der Gasbläschen, unabhängig von dem Organ, in dem sie entstehen, führen die Verfasser fast allgemein auf die Spalten bzw. feinen Lymphgefäße zurück, und die Herkunft des Gases wird ziemlich einstimmig auf Bakterien zurückgeführt. Was klinische Symptome anbetrifft, so scheint das Harnblasenemphysem keine bedeutenderen Störungen zu verursachen; einwandfreie Beobachtungen über den Urinbefund intra vitam sind bis jetzt nicht vorhanden.

Haller-Dresden.

Verschiedenes.

Im Deutschen Reiche standen im Jahre 1914 33 Leprakranke in Behandlung (28 in Preußen, 4 in Hamburg, 1 in Lübeck).

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

22. Mai 1915 | Nr. 21 | Band 60

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin (dirig. Arzt: Prof. Dr. Buschke).

Über den Einfluß des Lichtes auf das Leukoderma psoriaticum.

Von

A. Buschke.

(Mit 1 Abbildung.)

In mehreren früheren Arbeiten[1]) habe ich die Frage erörtert, inwieweit bei Vitiligo und Leukoderma syphiliticum experimentell durch Belichtung mit der Quarzlampe in dem erkrankten Hautgebiet wieder Pigmentierung zu erzielen ist. Es hat sich damals zum erstenmal die interessante Tatsache ergeben, daß bei der Vitiligo, im Gegensatz zu der bisherigen Annahme, Pigmentbildung auf diesem Wege erzeugt werden kann. Bemerkenswert war hierbei, daß nach meinen Beobachtungen diese Pigmentbildung im wesentlichen von der Follikularregion ausging, vielfach hierauf beschränkt blieb, aber in anderen Fällen sich von hieraus allmählich diffus über das Vitiligogebiet ausbreitete und dasselbe mit normalem Hautpigment auch histologisch überzog. Leider ließ sich praktisch therapeutisch diese theoretisch interessante Entdeckung wenig verwerten, weil das Pigment allmählich — wenn auch oft erst nach Monaten — sich wieder zurückbildete.

Ich habe im Laufe der Jahre noch eine ganze Anzahl Fälle von Vitiligo in dieser Weise untersucht und festgestellt, daß zwar sehr viele, aber nicht alle in dieser Weise reagierten. Zuerst schien es mir, als wenn brünette Individuen besser reagierten als blonde, aber das traf nicht immer zu, auch das Umgekehrte fand statt. Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß bei sehr langem Bestande von Vitiligo schließlich die pigmentophore Fähigkeit der Epidermiszelle ganz verloren geht. Es ist aber auch nicht ganz von der Hand zu weisen, daß es vielleicht genetisch verschiedene Vitiligoformen gibt — vielleicht peripherisch-

[1]) Buschke, Notiz zur Behandlung der Vitiligo mit Licht. M. Kl., 1907, Nr. 33. — Buschke und Mulzer, Weitere Beobachtungen über Lichtpigment. B. kl. W., 1907, Nr. 49. — Buschke und Eichhorn, Über den Einfluß des Lichts auf das Leukoderma syphiliticum und über Cutis marmorata pigmentosa. Derm. Zschr., 1911, S. 109ff.

Digitized by Google

toxische oder hämatogene oder neurogene — und daß die Krankheitsursache von Bedeutung ist für die Regenerationsfähigkeit des Pigments (vgl. auch bezüglich das Leukoderma syphiliticum). Erst durch sehr ausgedehnte Versuchsreihen wird es vielleicht möglich sein, in dieses Gebiet mehr Klarheit zu bringen. Ich habe mich bemüht, hier die experimentellen Ergebnisse mit den klinischen Beobachtungen — mit Nerven- und Bluterkrankungen in Beziehung zu bringen — aber bisher ohne deutliches Resultat [1]).

Meine damaligen Untersuchungen wurden von Stein aus Jadassohns Klinik nachgeprüft und bestätigt. Stein [2]) wies im Anschluß daran nach, daß auch andere — thermische [3]) — Irritamente eine analoge Pigmentierung vitiliginöser Haut bewirken könnten; er identifizierte dieses Reizpigment mit Melanin.

In einer späteren Arbeit habe ich diese Versuche auf das Leukoderma syphiliticum ausgedehnt. Es hat sich die bemerkenswerte Tatsache ergeben, daß das Leukoderma syphiliticum durch das stark aktinische Licht der Quarzlampe nicht zur Pigmentbildung angeregt werden kann, daß es nach dieser Richtung sich refraktär verhält. Analoge Versuche Winklers in Wien ergaben dasselbe Resultat.

Dieser interessante negative Befund ist gegenüber den positiven Ergebnissen bei der Vitiligo deshalb so auffallend, weil das Leukoderma syphiliticum eine — wenn auch nach langer Zeit — spontan heilende Affektion ist, während die Vitiligo nicht heilt. Man hätte demgemäß erwarten müssen, daß das Leukoderma syphiliticum auf die Quarzlampenbestrahlung gut mit Pigmentbildung reagiert, Vitiligo schlechter.

Ich habe mir diese merkwürdige Dissonanz damals in folgender Weise hypothetisch erklärt: das Leukoderma syphiliticum entsteht auf der Basis einer peripher-toxischen Schädigung der Epidermiszelle durch das Syphiliskontagium, das dürfen wir wohl ohne weiteres schon aus der Tatsache, daß es häufig aus einer lokalen Roseola hervorgeht, schließen [4]).

Hier ist also die Epithelzelle selbst so geschädigt, daß ihr Pigmentapparat auf das Quarzlicht nicht zu reagieren vermag. Bei der Vitiligo, bei der wahrscheinlich die Grundursache häufig im Nervensystem

[1]) Bei einem Fall schwerer Anämie mit Vitiligo versagte die Quarzlampenbelichtung. — [2]) Robert Stein, Über experimentell erzeugtes Pigment in Vitiligo. Arch. f. Derm., 1909, Bd. 97, S 163ff. — [3]) Erfrierung durch Kohlensäureschnee. — [4]) In einer späteren Arbeit, Buschke und Michael: B. kl. W., 1914, Nr. 51, Über die parenchymatös-toxischen Wirkungen des Syphiliskontagiums bei viszeraler Frühsyphilis und Taboparalyse, habe ich diese toxische Schädigung der Epithelzelle in Analogie gebracht mit der toxisch-parenchymatösen Hepatitis (akuter gelber Leberatrophie) und Nephritis im Frühstadium der Lues.

Digitized by Google

liegt, kann die Epithelzelle selbst intakt sein, es fehlt nur die vis a tergo in bezug auf die Pigmentbildung. Wird der Nerveneinfluß durch den Lichtreiz ersetzt, so antwortet die gesunde Epithelzelle mit Pigment, das allerdings nach Ausfall dieses Reizes wieder schwindet.

Gerade von dem Gesichtspunkte dieser Hypothese aus schien es mir von Interesse, zu sehen, wie das Leukoderma psoriaticum sich gegenüber dem Lichtreiz verhält. Diese Affektion wurde zuerst von Rille beschrieben. Bei der ungeheueren Verbreitung der Psoriasis ist das Leukoderma psoriaticum selten. Bei dem großen Material unserer Abteilung sehen wir es von Zeit zu Zeit und hatten gerade jüngst drei Fälle in Beobachtung, die zur Untersuchung der Pigmentfrage geeignet erschienen. Wir rubrizieren nur jene Fälle als Leukoderma psoriaticum, welche sich im Anschluß an Psoriasis ohne Behandlung entwickeln, resp. wo die Behandlung lange Zeit zurückliegt. Denn durch die Konsequenzen der Chrysarobinbehandlung können sonst leicht klinische Täuschungen entstehen.

Klinisch präsentieren sich die leukodermatischen Partien meist als isolierte, selten als aggregierte, distinkte, scharf abgegrenzte weiße, in Größe und Form Psoriasisplaques entsprechende Flecke, deren Rand — bei unseren Beobachtungen — nicht bzw. nicht deutlich stärker pigmentiert ist wie es bei dem Leukoderma syphiliticum der Fall zu sein pflegt. Bei den letzten beiden von uns beobachteten Fällen haben wir konstatiert, daß zwar eine große Anzahl Flecke rein weiß ist, daß aber bei anderen deutlich die nächste Umgebung der Follikel normal pigmentiert ist. Ähnliches kann man auch bei manchen Vitiligofällen sehen. Es spricht dies auch für meine früher bereits auf Grund experimenteller Lichtversuche geäußerte — von Stein übrigens nicht ganz anerkannte — Anschauung, daß die Follikelregion für die Pigmentregeneration dieser Depigmentierungskrankheiten eine besondere Rolle spielt, daß die Follikel (vielleicht auch andere Partien des Epithels, vgl. meine Arbeit mit Mulzer) Pigmentretinakula darstellen. Beim Leukoderma syphiliticum habe ich — makroskopisch wenigstens — dies nicht konstatieren können.

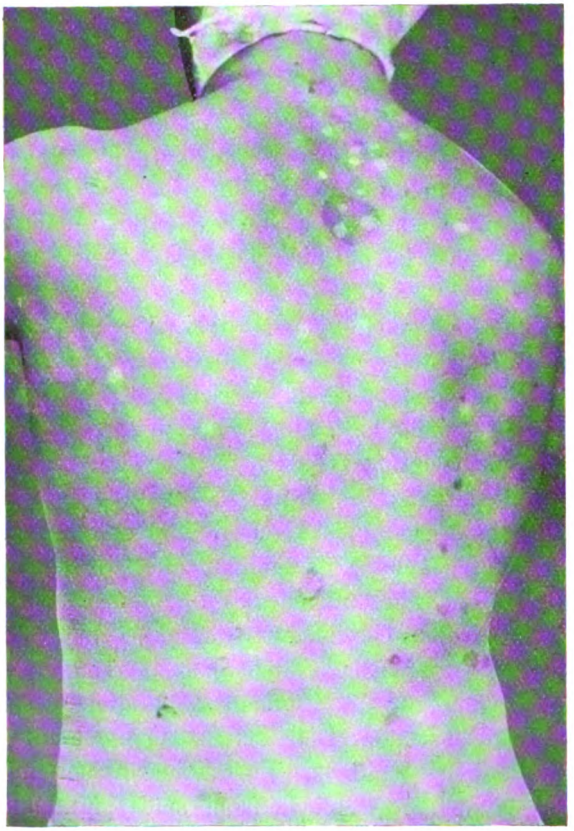
Im übrigen ist das Leukoderma psoriaticum vorwiegend auf den Rumpf lokalisiert und unterscheidet sich schon durch seine ganze Anordnung vom netzartig gruppierten Leukoderma psoriaticum. Es existieren mehrere Beobachtungen von Rille und eine von Ledermann in der Literatur, wo das Leukoderma psoriaticum klinisch wie das Leukoderma syphiliticum am Hals lokalisiert war.

Der Grund, warum bei einzelnen Menschen die Psoriasis nicht — wie meist — mit Hyperpigmentation, sondern mit Depigmentation abheilt, ist nicht zu erweisen. Unter meinen Beobachtungen fanden sich sowohl

Digitized by Google

blonde wie brünette Individuen. Das Leukoderma kann lange bestehen bleiben; ich sah einen Fall, in dem die Affektion nach der Angabe $1^1/_2$ Jahre bestand.

Da wir nun hier auch eine Dermatose vor uns haben, die schließlich spontan verschwindet, so erwarteten wir, daß die Quarzlampenbestrahlung hier die Pigmentbildung anregen würde wie bei der Vitiligo. Allein hierin täuschten wir uns. Die Versuche wurden ganz analog den früher beschriebenen bei Vitiligo und Leukoderma syphiliticum ausgeführt: 1—2 Minuten lang bei direkt aufgedrückter Quarzlampe, 3 Minuten lang in 10 cm Entfernung.



Außerdem benutzten wir für diese Versuche Thorium X-Salbe, worüber wir ausführlich an anderer Stelle berichten werden. Die Thorium X-Salbe wirkt besonders intensiv auf die Pigmentbildung in der Haut, was sogar bei ihrer therapeutischen Verwendung im Gesicht stört.

Mit beiden Methoden ist es uns niemals gelungen, Pigmentbildung im Leukodermafleck hervorzurufen. Die Abbildung demonstriert sehr deutlich, wie durch Thorium X-Salbe die Umgebung des Leukodermaflecks stark pigmentiert wurde, während der Fleck selbst unbeeinflußt blieb. Nach Abblassen der Dermatitis, welche durch Licht und Thorium erzeugt wurde, die intensiv gelegentlich sogar mit Blasenbildung einherging, scheint es öfter, als wenn auch der Leukodermafleck diffus etwas dunkler wäre als vorher, was wir auch beim Leukoderma syphiliticum beobachteten; allein diese Veränderung schwindet sehr schnell und das Leukoderma blieb unverändert. Auch an dem

Digitized by Google

Follikelpigmentring haben wir eine sichere, nennenswerte Verbreiterung nicht beobachtet.

Ob es nun berechtigt ist aus diesen negativen Beobachtungen von drei Fällen allgemeine Schlüsse zu ziehen, lasse ich dahin gestellt. Beim Leukoderma syphiliticum ließen sich diese negativen Befunde verwerten wegen der großen Zahl der Untersuchungen. Immerhin machen es diese Versuche wahrscheinlich, daß das Leukoderma psoriaticum, das klinisch ja sich wesentlich (Form, Follikelpigment) vom Leukoderma syphiliticum unterscheidet, biologisch diesem näher steht als der Vitiligo. Wenn wir nun diese Beobachtungen am Leukoderma psoriaticum vom Gesichtspunkt der obigen Hypothese betrachten, so würde hieraus resultieren, daß wir auch im Leukoderma psoriaticum eher eine peripherisch-toxische Affektion der Epidermiszelle zu sehen haben analog dem Leukoderma syphiliticum; das toxische Moment würde bei der Psoriasis vielleicht in einer Stoffwechselstörung zu suchen sein. Demgegenüber wird der Anschauung mancher Autoren, daß die Psoriasis neurogenen Ursprungs sei, durch diese Leukodermabeobachtungen gegenüber der Vitiligo eine wichtige Basis entzogen.

Allein dies nur hypothetisch. Ich wollte durch diese weitere Mitteilung anregen, daß auch andere Autoren die von mir angegebenen, bisher nur wenig nachgeprüften Versuche aufnehmen. Ich halte es doch für möglich, daß hierbei für Pigmentfragen und die Erklärung der in Betracht kommenden Dermatosen noch etwas zu gewinnen ist.

Beiträge zur Histopathologie der Tierhaut.

Von

Louis Merian, Zürich.

(Mit 3 Abbildungen.)

(Schluß.)

4. Das Ekzem (die nässende Flechte, auch Salzfluß genannt).

Fall 2. Granulierendes Ekzem am Schienbein einer Dogge. Die Hautstücke entstammen einer Dogge, welche an einem granulierenden Ekzem der Schienbeine litt. Nähere Angaben sind über den Fall nicht bekannt.

Mikroskopischer Befund (vgl. Fig. 1). Die eine Seite des Präparats weist normale Verhältnisse auf; Horn- und Stachelschicht zeigen keine pathologischen Veränderungen. In den tiefen Lagen der Stachelschicht sieht man sehr große, dunkel gefärbte Pigmentzellen, welche im allgemeinen durch ihre rundliche, klumpige Form auffallen. Im Gegen-

Digitized by Google

satz zu den gewöhnlichen Pigmentzellen haben sie nur kurze, dicke Fortsätze und fließen nicht zu Netzen zusammen. Eine weitere Besonderheit ist ihre kohlschwarze Farbe, die jedem der diese Pigmentzellen zusammensetzenden, feinen Körnchen eigen ist. Diese umgeben den hell gefärbten Kern mit dunkeln Kernkörperchen meistens konzentrisch. Von der Oberhaut und den Haarbälgen ausgehend, ziehen sich Pigmentzellen durch die ganze Kutis, wobei sie am dichtesten die tiefliegenden Knäueldrüsen umgeben. Die Pigmentzellen der Kutis zeigen teilweise auch eine rundliche, klumpige Form, nehmen aber auch die Form der gewöhnlichen

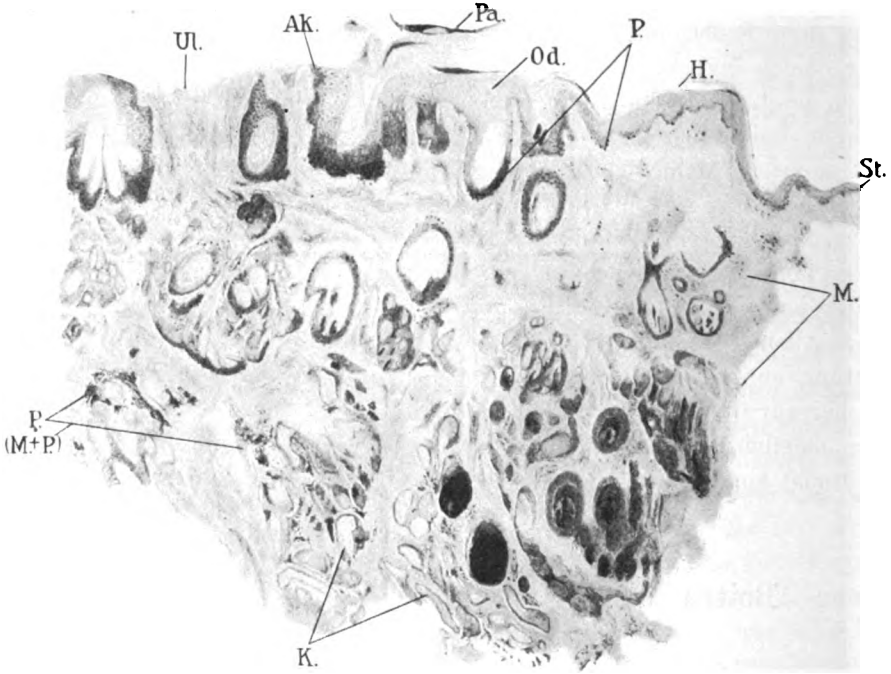


Fig. 1. Übersichtspräparat.
P. = Pigmentzellen, H. = normale Hornschicht, St. = Stachelschicht; K. = Knäueldrüsen, M. + P. = Übergänge von Mast- in Pigmentzellen, Pa. = Parakeratose, Od. = Ödem der Stachelschicht, Ak. = Akanthotisch gewucherte Stachelschicht, Ul. = Ulkus.

Spindelzellen oder bei starker Anhäufung die ganz unregelmäßiger Massen an. Es ist auffallend, daß sämtliche großen Pigmentherde reichlich Mastzellen aufweisen und daß diese Mastzellen durchweg die Form der am selben Ort befindlichen Pigmentzellen besitzen. Auch bei ihnen ist der Kern hell gefärbt mit dunkeln Kernkörperchen, auch ihre Form ist meistens kubisch und zeigt alle Übergänge zu Spindelzellen.

Die Mastzellen der Hundehaut zeigen bei der Pappenheim-Unnaschen Färbung die bekannten Bestandteile: einen mit dunkelorangeroten Körnchen metachromatisch dicht erfüllten Zelleib, einen hellen, fast un-

Digitized by Google

gefärbten Kern mit einem rot gefärbten Kernkörperchen. Bei polychromer Methylenblaufärbung weisen dieselben Mastzellen metachromatisch dunkelviolette Körnchen und ein dunkelblaues Kernkörperchen auf. Bei der von Unna lediglich zum Zweck der Mastzellen angegebenen Färbungsmethode, bei der das Methylenblau durch Alaun abgeschwächt ist und nur die Mastzellen im Bilde dunkler hervortreten, sind die Körnchen ebenfalls dunkelviolett, der Kern ist blau gefärbt.

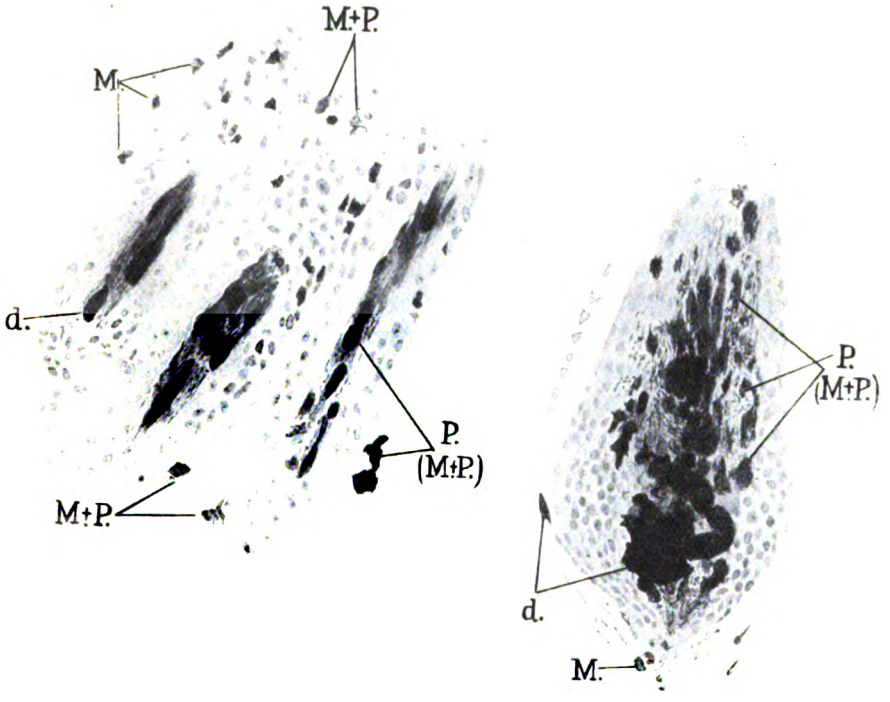


Fig. 2.
Starke Vergrößerung der Haarlängs- und Querschnitte in der Talgdrüsenregion. Links: Haarquerschnitte, die im Innern Übergänge von Mast- in Pigmentzellen aufweisen. Rechts: Haarpapille, die im Innern eine große Menge gut abgegrenzter, aus Mastzellen hervorgegangener Pigmentzellen enthält.

Die auf diese Weise besonders durch ihre Metachromasie charakterisierten Mastzellen haben wir nun wegen ihrer eigentümlichen Lagerung mit den Pigmentzellen näher zu vergleichen. Vor allem ist ihre Verbreitung in der Hundehaut ins Auge zu fassen. Gehen wir von der gesunden Seite der Haut aus, so haben wir, von der Oberhaut angefangen, bis zur Subkutis vier Abschnitte zu verzeichnen. Einen oberflächlich direkt unter dem Deckepithel, in dem das dunklere Pigment vorwiegt, sodann eine zweite Schicht in der Höhe der Talgdrüsen, welche sehr reich

Digitized by Google

an Mastzellen, aber arm an Pigment ist, ferner eine dritte Schicht der großen Knäueldrüsen, die sehr viel schwarzes Pigment und wenig Mastzellen enthält, und endlich die vierte unterste Schicht der Subkutis mit sehr vielen Mastzellen, aber ohne Pigment. Wo das Ekzem beginnt, schwindet zunächst das Pigment in der obersten Schicht, dagegen sind hier die Mastzellen der zweiten und vierten Schicht, sowie die Pigmentzellen der dritten Schicht gut erhalten. Auf der Höhe des Ekzems haben wir folgenden bemerkenswerten Status: während sich die dritte und vierte Schicht auch hier normal verhält, die erste Pigmentschicht nahezu depigmentiert ist, weist die zweite Schicht in der Höhe der Talgdrüsen eine wesentliche Veränderung auf. Die Mastzellen haben sowohl an Masse, wie auch an Größe abgenommen. Ihr Sitz ist noch derselbe: das Bindegewebe zwischen den Haarbälgen, in diesen selbst aber ist speziell in der Keimschicht eine bedeutende Neubildung von Pigmentzellen. Diese Pigmentzellen sind von besonders unregelmäßiger Form. In dieser Region, welche abnorm arm an Mastzellen und abnorm reich an Pigmentzellen ist, habe ich nun vereinzelt sichere Übergänge zwischen Mastzellen und Pigmentzellen gefunden. Es handelt sich um Zellen von den verschiedensten, meist langgestreckten Formen, welche in ihrem Innern sowohl Mastzellengranula als auch Pigmentzellengranula nebeneinander aufweisen. Um dieses wichtige Vorkommnis klar zu erkennen, empfiehlt es sich, nicht die gewöhnlichen Mastzellenfärbungen (Pappenheim-Unna oder Polychrom-Methylenblau) zu verwenden, da diese bei beiden Objekten zu dunkle Bilder geben und die Orangefarbe der Mastzellen bei ersterer Färbung sich von dem Braun des Pigments häufig nicht genügend abhebt. Klarer treten die Verhältnisse hervor bei der speziellen Mastzellenfärbung von Unna, da sich hier auf dem schwachgefärbten Hintergrund nur die Mastzellenkörnung dunkelblau abhebt.

Habe ich somit festgestellt, daß eine Umwandlung von Mastzellen in Pigmentzellen beim Ekzem des Hundes vorkommt, so möchte ich auch noch einen anderen bemerkenswerten Befund an denselben Präparaten beschreiben, der mir zuerst sehr auffällig war, ehe ich den Übergang von Mastzellen in Pigmentzellen erkannte. In der öfters erwähnten Talgdrüsenregion nämlich zeigen die hier durchgehenden, im übrigen braun pigmentierten Haare eine auffällige starke Einsprengung dunkelbrauner Pigmentklumpen, welche an Größe den öfters erwähnten, kugeligen Pigmentzellen und Mastzellen ungefähr gleichen. Diese sind natürlich nicht in den harten Schaft des Haares von außen eingewandert, sondern mit ihm aus der noch weichen Haarwurzel aufgestiegen. Tatsächlich tragen solche Haarwurzeln der Hundehaut, im Gegensatz zu den Haarwurzeln schwarzer Menschenhaare, eine große Menge gut abgegrenzter Pigmentklumpen von

Digitized by Google

derselben Größe. Die Pigmentklumpen können natürlich auch stark pigmentierte Epithelien darstellen, aber sie befinden sich auch schon in ähnlicher Größe und Form in den Papillen des Haares, unterhalb welcher sich Übergänge von Mastzellen in Pigmentzellen finden. Ich will natürlich nicht behaupten, daß alle Pigmentklumpen in den Hundehaaren ursprünglich in das Epithel eingewanderte Mastzellen waren; aber ich möchte doch darauf hinweisen, daß sie zu dem eigentlichen Pigment der Hundehaare einen Beitrag geliefert haben.

Die Hornschicht zeigt ein verschiedenes Verhalten. An einigen Stellen fehlt sie vollkommen, so daß die Stachelschicht frei zutage liegt, an anderen hingegen ist sie sehr stark aufgetrieben und die einzelnen Hornlamellen sind auseinandergedrängt. Die Kerne der Hornzellen sind noch sehr deutlich erhalten und gefärbt. Wir haben an diesen Stellen den von UNNA für das Ekzem als typisch bezeichneten Vorgang des Erhaltenbleibens der Kernfärbbarkeit, neben Verlust der Körnerzellen, die Parakeratose, vor uns. Zwischen den Hornlamellen eingelagert erkennt man bei der Anwendung der Ölimmersion Kokkenhaufen, welche streifenförmig die Lamellen durchsetzen, hier und da durch vollkommene Teilung größere Formen aufweisen und ein ähnliches Bild ergeben, wie die Kokken bei trockenen Ekzemen des Menschen. An denjenigen Stellen im Präparat, an welchen die parakeratotische, mit Kokken durchwucherte Hornschicht auf der gewucherten Stachelschicht aufruht, ist es zu einem Ödem der letzteren gekommen mit teilweiser Spongiosenbildung. Verfolgen wir in unserem Präparat die akanthotische Stachelschicht, welche der Hornschicht entbehrt, so gelangen wir an eine Stelle, an welcher das Epithel eine Unterbrechung erleidet und es zu einem Substanzverlust, zu einem Ulkus, gekommen ist. Die Ränder dieses Substanzverlustes bilden die akanthotisch verdickten Stachelzellen. Die Oberfläche des sehr seichten Geschwüres zeigt eine ganz flache, wenig in die Tiefe gehende Nekrose. Diese Zone färbt sich nur wenig, man bemerkt keine Zellen, sondern nur von außen eingewanderte Bazillen. Die darunterfolgende Geschwürsbasis zeigt ein aus einfachen, hypertrophischen Bindegewebszellen bestehendes Infiltrat mit nur spärlichen und atrophischen Mastzellen und gar keinen Plasmazellen. Dagegen finden sich hier zerstreute Kokken und Bazillen unbestimmter Herkunft, die auch noch tiefer in die nicht gut färbbare Kutis eindringen.

Dieser Fall weist zwei Symptome auf, die dem gewöhnlichen Bild des menschlichen Ekzems nicht zukommen, eine starke Plasmombildung in der Tiefe der Haut und eine Durchbrechung der Oberhaut durch das wuchernde Infiltrationsgewebe. Was den ersten Prozeß betrifft, die Plasmombildung beim Ekzem, so muß allerdings gesagt werden, daß sie

Digitized by Google

sich auch beim Menschen in solchen Fällen findet, wo das Ekzem schon sehr lange Zeit bestanden hat, besonders wenn an behaarten Körperteilen die Haarbälge mit erkrankt sind. Übrigens hat UNNA das in seiner Histopathologie schon angegeben. Was die Ulzerations- und Granulationsbildung beim Ekzem anbelangt, so ist dieses dem menschlichen Ekzem nicht eigentümlich. Wenn auf einem menschlichen Ekzem Ulzera vorkommen, so sind sie stets durch sekundäre Schädlichkeiten, durch Traumen physikalischer und chemischer Natur bewirkt. Ob derartige physikalische Traumen auch in diesem Falle mitgespielt haben, oder ob die ekzematöse Hundehaut spontan Ulzerationen erleidet, vermag ich nicht zu entscheiden. Ich möchte diese Frage späteren Untersuchungen zur Beantwortung überlassen.

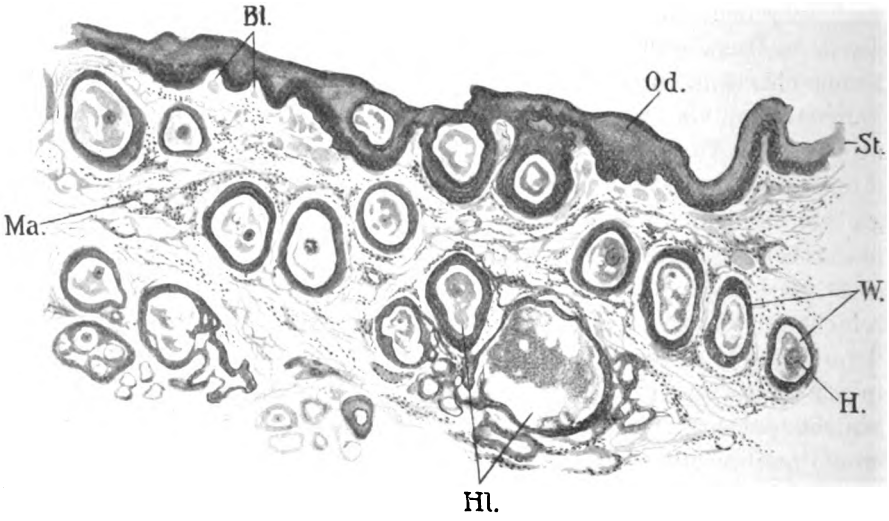


Fig. 3.

W. = Wurzelscheide, St. = gewucherte Stachelschicht, Hl. = erweiterte Haarzylinder + Leukozyten, Haar ausgefallen, Bl = erweiterte Kutisgefäße und Mastzellen, H. = Haarquerschnitt, Od. = Ödem der Stachelschicht, Ma. = Mastzellen.

Fall 3. Ekzem und Follikulitis des Hundes. Die mir von diesem Falle zur Verfügung gestellten Hautstücke stammen von der Rückenhaut eines Pinschers. Das Tier litt schon seit einigen Wochen an einer Follikulitis der Rückenhaut, so daß die Haut makroskopisch den Eindruck eines polsterförmig erhabenen Plateaus machte. Man bemerkt beim näheren Zusehen, daß auf diesem sehr viele Haare fehlten und daß die noch übriggebliebenen Haare beim Austritt aus der Haut ein Eiterbläschen aufwiesen, welches sie zentral durchbohrten. Zwischen den noch restierenden Haarbälgen saßen der ödematös geschwellten Unterlage gelbliche Borken auf.

Digitized by Google

Mikroskopischer Befund (Fig. 3). Entsprechend den makroskopischen Veränderungen an den Haaren fallen bei der mikroskopischen Betrachtung der Schnitte wie mit einem Locheisen aus der Kutis herausgeschlagene Löcher auf, die Haarquerschnitten entsprechen, aus denen das Haar ausgefallen ist. Bei stärkerer Vergrößerung erkennt man in der Mitte noch einzelne Zellen, die der Wurzelscheide entsprechen. Nach außen befindet sich ein aus gut gefärbten Leukozyten zusammengesetzter konzentrischer, breiter Ring. Daran schließt sich die Stachelschicht des Haarbalges, welche als ein schmaler, scharf konturierter Ring den Schrägschnitt des letzteren nach außen abschließt. Dieser Leukozytenwall im Innern des Haarbalges setzt sich nur bis in die Mitte der Kutis fort. Die Kutisgefäße, welche ringsum diese erweiterten Haarzylinder gelagert sind, sind ebenso wie die direkt der Oberhaut liegenden stark mit Blut gefüllt und zeigen in ihrer Nachbarschaft ein Auswandern von Leukozyten, zum Teil wohl ausgebildete Mastzellen und spärliche, kleine Plasmazellen. Dieser Entzündungsprozeß ergreift nur die oberen Teile der Haarbälge und hat zum Teil zu der schon beschriebenen Follikulitis und Perifollikulitis derselben geführt. Die Haare in den tieferen Hautpartien zeigen normale Verhältnisse. An den Haarbälgen, welche keine Leukozytenansammlung im Innern beherbergen, ist die Stachelschicht gewuchert und zeigt an jenen Stellen, wo die Hornschicht in Form einer serösen Kruste aufliegt, Ödem und Spongiosebildung. Da, wo die Hornschicht abgehoben und es zur Bildung einer serösen Kruste gekommen ist, bemerkt man in den oberen Lagen der Stachelschicht Ödem und Spongiosebildung, in den tieferen Lagen Mitosenbildung. Die Hautstücke, welche direkt nach der Exzision zur Fixation offenbar in Formalin und Sublimat eingelagert worden waren, lieferten beim Schneiden und bei Anwendung der UNNAschen Farbstoffe keine guten Bilder. Die hier zugrunde liegenden Färbungen sind nur dadurch möglich geworden, daß ich die Schnitte vorher oxydierte, nach einem Verfahren, welches Hr. Dr. REIMANN im UNNAschen Laboratorium ausgearbeitet hat.

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1915, 1. Heft.

1. Myiasis cutanea beim Menschen, von ANTONIO PORTA. Verfasser hat sich der dankenswerten, mühevollen Aufgabe unterzogen, alle Angaben über Parasitismus von Insektenlarven in der menschlichen Haut zu sammeln und dann nach einheitlichen Gesichtspunkten zu ordnen. Es soll dadurch eine übersichtliche Zusammenfassung unserer Kenntnisse geboten werden, die eine Grundlage für weiteres Arbeiten abgibt. Man ersieht aus dieser Monographie, welch große Menge von Insekten im Larvenstadium die Haut befallen kann. Verfasser führt acht Klassen auf: Sarcophaginae, Calliphorinae, Hypoderminae, Oestrinae, Cuterebrinae, Gastrophilinae, Muscinae und Anthomyinae. Diese zerfallen wieder in zusammen 16 Genus und diese in 42 Spezies. PORTA bringt nun in eingehender Weise von jeder Spezies die Beschreibung der Larve, der Puppe und des fertigen Insekts. Dann skizziert er kurz das dazugehörige Krankheitsbild.

Digitized by Google

Als allgemeine Schlußfolgerung ergibt sich, daß die verschiedenen Typen eine distinkte geographische Verbreitung haben: in Europa finden sich Hypoderminae und Gastrophilinae; in Amerika von Kanada bis Patagonien das Genus Chrysomyia, im tropischen Amerika Dermatobia; in Afrika findet sich das Genus Cordylobia und das Subgenus Pycnosoma; die Sarcophaginae sind dagegen in der Alten und Neuen Welt weit verbreitet.

Joseph teilt die Fälle von Myiasis cutanea in zwei Gruppen: Myiasis dermatosa muscosa (Sarcophaginae, Calliphorinae, Muscinae usw.) und Myiasis dermatosa oestrosa (Hypoderminae, Cuterebrinae, Gastrophilinae). Verfasser akzeptiert diese von manchen verlassene Einteilung, da sie vom klinischen Standpunkte aus sehr praktisch ist. Bei der Myiasis dermatosa muscosa sind zahlreiche Larven vorhanden, sie bilden große Haufen und machen eine rapide Entwicklung durch. Sie leben frei im Gewebe und fressen dieses gierig auf, so daß große Substanzverluste entstehen. Dazu kommen starke lokale und allgemeine Erscheinungen, die sogar zum Tode führen können. Zum Eindringen der Larven ist eine Kontinuitätstrennung erforderlich. Bei den oeströsen Dermatosen entwickeln sich dagegen die Larven langsam, sind meist einzeln, und wenn in der Mehrzahl, so leben sie nicht zusammen. Die Larven der Hypoderminae und Gastrophilinae haben ferner die Eigenschaft zu wandern. Die entzündlichen Erscheinungen sind gering, es entsteht kein oder nur ein geringer Substanzverlust.

Aus diesen Zusammenstellungen ergibt sich weiter, daß es keine dem Menschen eigene Form von Myiasis gibt, so daß die Annahme eines Oestrus hominis hinfällig ist. Es kommen bei Menschen und Tieren dieselben Larven vor. Diese Insekten sind zufällige Parasiten; sie sind dies auch nur zeitweilig, da nur die Larve in der Haut, die Puppe und das Insekt aber frei lebt. Verfasser weist auch noch auf die von Balser in einem Falle gefundene Eosinophilie hin.

Für den Arzt ist es schwer, im Einzelfalle den Parasiten zu klassifizieren; sind mehrere Larven vorhanden, so soll ein Teil in Alkohol (70%) aufgehoben werden, der andere Teil soll zum Insekt entwickelt werden, da oft erst dieses eine genaue Klassifikation ermöglicht. Zum Aufziehen von Fliegenlarven braucht man ein Stück Fleisch; es muß ferner für Luft und Feuchtigkeit gesorgt werden. Bremsenlarven im reifen oder fast reifen Zustande kann man in einem Glase unter feuchter Erde sich entwickeln lassen; junge Stadien müssen aber zur Entwicklung unter die Haut von Wiederkäuern gebracht werden. Ein großes Literaturverzeichnis ergänzt die wertvolle Zusammenstellung

2. Beitrag zur Kenntnis der Purpura annularis teleangiectodes (Majocchi), von Mario Copelli. Verfasser beschreibt zwei Fälle. Der erste betraf ein 14jähriges Mädchen, das etwa vier Wochen vor der Aufnahme von der Krankheit befallen wurde; es entstanden an den Hüften und Beinen disseminierte rote Flecke, denen bald andere auf dem Bauche, dem Halse, den Schultern und Armen folgten. Während sich die Herde am Stamme nach einer Periode der Vergrößerung involvierten, wuchsen die an den Extremitäten befindlichen peripherwärts, blaßten gleichzeitig im Zentrum ab, so daß sie Ringform bildeten. Bei der Aufnahme fanden sich dementsprechend zweierlei Arten von Effloreszenzen: in geringerer Zahl stecknadelkopf- bis zweicentesimistückgroße runde und ovale Flecke und in größerer Menge kreis- und bogenförmige Effloreszenzen von Zweicentesimi- bis Zweisoldistückgröße. Die ersteren erwiesen sich als gleichmäßige, unscharf begrenzte Flecke von tiefroter Farbe, von der sich dichtstehende, fast konfluierende, mehr bläulichrote kleinste Fleckchen abhoben. Auf Fingerdruck schwand die diffuse Färbung, während die kleinen Flecke nur abblaßten. Die größeren Effloreszenzen bildeten unscharf begrenzte, etwas gezähnelte Ringe. Das Zentrum war undeut-

Digitized by Google

lich, gelblich, leicht schuppend, an einigen Stellen deprimiert, haarlos; die Ringe waren zusammengesetzt aus runden Flecken, die mit den oben beschriebenen identisch waren und sich etwas über das Hautniveau erhoben. Zwischen beiden Formen gab es Übergänge. Im weiteren Verlaufe involvierten sich die alten Herde, während neue erschienen, die aber nicht Kreisform bildeten.

Die zweite Patientin, ein 8jähriges Mädchen, litt seit etwa zwei Monaten an der Hautaffektion. Es fanden sich hell- und dunkelrote Kreise und Bogen gleichmäßig auf Ober- und Unterextremitäten verteilt, ferner in geringerer Zahl kleinere Flecke. Bei genauerem Zusehen erwiesen sich beide von dunkelroter Farbe, von der sich meist follikuläre, hellrote Pünktchen abhoben. Auf Glasdruck verschwand die Rötung, und es blieben erweiterte Gefäße und die hellroten Pünktchen zurück. Stellenweise fanden sich atrophische Flecke. Die Affektion wurde ebenfalls gebessert.

Verfasser bespricht dann die Klinik, die pathologische Anatomie und die Ätiologie der Erkrankung. In ersterer Hinsicht hebt er bei seinem ersten Falle den Umstand hervor, daß die Krankheit nicht in einem Schube auftrat, sondern Nachschübe und Rezidive zeigte. An demselben Falle hat Verfasser eine eingehende histologische Untersuchung vorgenommen; das Bemerkenswerteste ist, daß er die Veränderungen der Media für die primären und charakteristischen ansieht. In ätiologischer Hinsicht kommen verschiedene toxische Faktoren in Betracht, zu denen auch die Tuberkulose gehört.

R. Frühwald-Leipzig.

Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma.

Januar 1915.

1. Günstiger Einfluß der Röntgenstrahlen auf Hauttransplantate, von Luigi Quintarelli. Kurzdauernde Einwirkung der Röntgenstrahlen bewirkt durch die Hyperämie eine Erleichterung der Lebensvorgänge in den Geweben; Verfasser ist daran gegangen, diese Eigenschaft zur besseren Einheilung von Transplantaten nutzbar zu machen. Er berichtet über einen Mann mit einem chronischen varikösen Beinekzem, bei dem eine Wunde in der ekzematösen Partie nicht heilen wollte; er machte eine Transplantation, bestrahlte kurz mit Röntgenstrahlen und sah das Transplantat glatt einheilen. Verfasser machte dann an Meerschweinchen verschiedene Hautüberpflanzungen, so zwar, daß ein Stück etwa 4—5 Minuten bestrahlt wurde, das andere nicht; das erstere zeigte stets raschere und bessere Heilung als das letztere. Es ergibt sich also, daß die Röntgenstrahlen die Konsolidierung eines Transplantates erleichtern, auch unter Umständen, die sonst einer Einheilung nicht günstig sind (verminderte Lebensfähigkeit, eitrige Verunreinigung usw.). Auch histologisch wurde die bessere Ausgleichung des Substanzverlustes durch das Transplantat festgestellt.

2. Experimentelle Stase und experimentelles Ödem bei einigen Dermopathien, von Michele Delzotti. Bericht über zwei Kranke mit hartnäckigem Ekzem, die beide erbsyphilitisch waren. Daraus resultierte eine, auch histologisch festgestellte, Alteration des Gefäßsystems, der Verfasser die Schuld an der hartnäckigen exsudativen Hautveränderung zuschreibt. Auch experimentell wurde die eigenartige Reaktion der Haut festgestellt.

3. Chronische fibromatoide Dermatitis infolge syphilitischer Sklerose der Kapillaren, von Antonio Pili. Bericht über drei Fälle von papulo-sklerotischen Hautveränderungen, die durch spezifische Behandlung geheilt wurden. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

4. Einwirkung des lupösen Granuloms und einiger experimenteller Entzündungen auf das Knorpelgewebe, von Romeo Ruggiero. Verfasser hat in histo-

Digitized by Google

logischen Schnitten von Nasenlupus vom Nasenknorpel abgelöste und auseinandergedrängte Knorpelzellen gefunden; diese bildeten das Zentrum von Riesenzellen. Verfasser hat nun versucht, dieselben Bedingungen experimentell herzustellen, indem er Knorpelgewebe, teils aseptisch, teils septisch, Meerschweinchen subkutan und intraperitoneal injizierte. Er fand dabei um die Knorpelzellen riesenzellenartige Gebilde oder eine Lagerung der Leukozyten, die an Riesenzellen erinnerte. Diese erscheinen daher als Fremdkörperriesenzellen.

5. Nochmals die Erbsyphilis unter dem Bilde der Malaria, von Campana. Verfasser hat vielfach Berichte darüber gefunden, daß malariakranke Säuglinge, die gegen Chinin refraktär waren, an Erbsyphilis litten. R. Frühwald-Leipzig.

Actas dermo-sifiliograficas.

6. Jahrgang, Februar bis März 1914.

1. Lupus erythematosus der Mundschleimhaut, von E. A. Sáinz de Aja. Verfasser hat unter 33 Fällen von Lupus erythematosus sechsmal die Mundschleimhaut befallen gefunden (= 18%). Dieser Befund berechtigt ihm, im Gegensatz zu der bisherigen Anschauung die These aufzustellen, daß der Lupus erythematosus der Mundschleimhaut relativ häufig ist. Er bildet isolierte scheibenförmige Herde oder auch schmetterlingsförmige, wie man sie im Gesicht findet. Häufig ist die Mundaffektion die Fortsetzung der Herde auf der Haut; doch ist das primäre Befallensein der Schleimhaut auch nicht selten. Verfasser gibt an, daß der Lupus erythematosus, speziell der Mundhöhle, in Spanien häufiger sein mag als anderswo; der Hauptgrund für das bisherige Unbekanntsein der Häufigkeit des Lupus erythematosus der Mundschleimhaut dürfte aber wohl darin liegen, daß die Mundhöhle bislang bei dieser Affektion nicht systematisch und genau untersucht wurde.

2. Das sogenannte Pigmentsyphilid und die Melanodermia syphilitica, von José S. Covisa. Eine Patientin kam im 5. oder 6. Krankheitsmonate mit einem ulzerösen Syphilid zur Behandlung; sie klagte ferner über Schwäche, Herzklopfen, Kopf- und Gelenkschmerzen. Das Auffallendste war aber eine diffuse dunkle Pigmentierung der Haut, die auf der Vorderseite des Stammes, auf den Armen, dem Kopfe und im Gesichte besonders ausgeprägt war. Durch antisyphilitische Therapie wurden die syphilitischen Erscheinungen beseitigt und alle Allgemeinbeschwerden behoben; aber auch die Hautverfärbung ging stark zurück, so daß bloß eine leichte diffuse Pigmentierung zurückblieb. Es handelte sich wohl um eine Affektion des Bauchsympathikus oder um eine syphilitische Entzündung der Nebennieren. Die symmetrische Lokalisation läßt an eine Ursache im Zentralnervensystem denken. Diese Melanodermie ist aber streng vom Pigmentsyphilid (Leukoderma syphiliticum) zu unterscheiden.

3. Trockene Gangrän der linken großen Zehe infolge syphilitischer Endoarteriitis obliterans, von I. Sanz de Grado. Eine 54jährige Patientin, die schon wiederholt wegen schwerer, ulzeröser Syphilisformen behandelt worden war. Zwei Monate vor der Aufnahme begannen Schmerzen in den Beinen, Hinken, Schwellungen, Schmerzen in der Nase und den Unterlidern. Bald darauf entstanden heftige Schmerzen in der linken Fußsohle, die in die große Zehe ausstrahlten; letztere wurde allmählich kühler. Bei der Aufnahme fand sich neben Periostitis der Tibien, Gelenk- und Knochenschmerzen in den Armen, eine trockene Gangrän der linken großen Zehe. Unter spezifischer Behandlung schwanden die Symptome, und die Gangrän demarkierte sich; schließlich wurde die Zehe exartikuliert.

4. Gangrän des Fußes durch syphilitische Arteriitis obliterans, von M. Forns. Bei dem 38jährigen Patienten, der nie Syphilis gehabt haben will, trat im linken Fuße

Digitized by Google

Kältegefühl auf, zu dem sich Schmerzen und Jucken gesellten. Späterhin begannen die Zehen nekrotisch zu werden. Unter verschiedenen Diagnosen wurde der Kranke verschiedenen Behandlungsmethoden ohne Erfolg unterzogen. Die Wassermannsche Reaktion brachte schließlich die Aufklärung. Damals war bereits die erste und zweite Zehe nekrotisch, die dritte zyanotisch, der Fuß ödematös dolent; Neosalvarsanbehandlung brachte bedeutende Besserung.

5. Behandlung der Impetigo, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

6. Sekundäre syphilitische Myokarditis, von I. S. Covisa. Die 22jährige Patientin kam wegen ausgebreiteter sekundärer Syphilis zur Behandlung; als die inneren Organe zwecks Neosalvarsanbehandlung untersucht wurden, fand sich Bradykardie (50 Pulsschläge in der Minute) und Arhythmie (jeder vierte Puls aussetzend). Da eine von der Syphilis unabhängige Myokarditis nicht ausgeschlossen werden konnte, wurde nicht Neosalvarsan, sondern Zyanquecksilber gegeben, das die syphilitischen Symptome zum Abheilen brachte. Gleichzeitig wurde der Puls frequenter und weniger arhythmisch. Nach $1^1/_2$ Monaten kam die Kranke wegen eines Rezidivs wieder in Behandlung. Der Puls betrug wieder 50, jeder 8.—10. Schlag setzte aus. Durch Neosalvarsan wurden die spezifischen Erscheinungen und die Arhythmien zum Verschwinden gebracht, der Puls auf 66 erhöht. Als nach zwei Monaten wieder ein Rezidiv eintrat, kamen auch die Arhythmien, allerdings weniger häufig, wieder, der Puls war 64. Auch diesmal schwanden die Erscheinungen unter spezifischer Behandlung und wurden nicht wieder beobachtet.

Oktober bis November 1914, 7. Jahrgang, Nr. 1.

1. Syphilis nervosa und therapeutische merkurielle Nephritis, von E. A. Sáinz de Aja. Die 27jährige Patientin litt seit etwa sechs Jahren an einer häufig rezidivierenden Syphilis, die stets mit heftigen Kopfschmerzen einherging. Im März 1914 erlitt sie plötzlich einen Anfall von Jucken und Zittern der linken Körperhälfte; diese Anfälle wiederholten sich, und schließlich stellte sich eine komplette linksseitige Hemiplegie ein, ohne daß ein apoplektischer Insult vorausgegangen war. Dabei bestanden Kopfschmerzen und Erbrechen. Die Patientin wurde einer kombinierten Behandlung unterzogen; plötzlich trat eine starke Nephritis auf. Da Verfasser diese auf das verabreichte Quecksilber bezog, behandelte er nur mit Neosalvarsan weiter. Unter dieser Therapie schwanden alle syphilitischen Erscheinungen, es blieb nur eine geringe Hemiparese zurück. Das Eiweiß schwand bis auf kleine Mengen aus dem Urin.

2. Tuberculosis papillomatosa et sclerosa des Zungenrückens, von Juan de Azúa. Der 55jährige Patient hatte im mittleren Drittel des Zungenrückens einen roten ovalen Herd, der etwas dunkler und wenig höher war als die Umgebung, von der er durch eine tiefe Furche getrennt war. Der Herd war zusammengesetzt aus konglomerierten Knötchen, die von kleinen Furchen getrennt waren. Diese zeigten keine Erosionen und schienen die Folge eines sklerotischen Prozesses zu sein; auch die zirkuläre Furche zeigte derbe, sklerotische Ränder. Die Affektion machte außer geringfügigem Brennen keine Beschwerden. Da der Kranke früher Syphilis gehabt hatte und jetzt positiven Wassermann aufwies, wurde das Leiden zuerst für syphilitisch gehalten. Verfasser neigte aber mehr der Diagnose einer papillosklerösen Tuberkulose zu, zumal der Patient manifeste Spitzentuberkulose hatte.

3. Lupus papillomatosus vegetans der Hände, von A. Pardo Regidor. Bei dem Kranken war nach einer Kontusion eine Erosion aufgetreten, die durch Therapie nicht beeinflußt wurde und papillomatösen Charakter annahm; auf der linken Hand ent-

Digitized by Google

stand ein gleicher Herd. Die Affektion wurde seinerzeit von Azúa als Dermitis papillomatosa vegetans bezeichnet. Verfasser führt aber aus, daß seiner Ansicht nach ein papillomatöser Lupus vorlag; gestützt wird diese Meinung durch positiven Tierversuch.

4. Zirzinärer Lichen Wilson. Beträchtliche Resistenz gegen Arsentherapie, von José S. Covisa. Der Titel sagt das Wesentliche. Autohämotherapie hatte sich vortrefflich gegen das Jucken bewährt.

5. Lupus tuberculosus partim exedens, non ulcerosus der rechten Wange. Rasche Heilung durch Finsentherapie, von Juan de Azúa. Der Titel sagt das Wesentliche.

6. Myositis cystica syphilitica des Masseters, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Die Patientin hatte seit etwa neun Jahren wiederholt syphilitische Erscheinungen, die spezifisch behandelt wurden. Im Mai 1914 erschienen Kopf- und Gliederschmerzen, Ostitis der Klavikula; die Patientin konnte den Mund schwer öffnen, da ein Tumor an der rechten Wange auftrat. Bei der Aufnahme fand sich im linken Masseter ein glatter, runder, scharf umschriebener, zystischer Knoten von Nußgröße; er war indolent, wenig beweglich. Kompletter Trismus. Verfasser nahm einen syphilitischen Prozeß an und leitete eine kombinierte Behandlung ein; unter dieser schwand der Knoten bis auf einige derbe Unebenheiten vollkommen; der Mund konnte wieder normal geöffnet werden.

7. Adenophlegmone der Submaxillargegend, von Juan de Azúa. Das Mädchen litt an einer akuten phlegmonösen Adenoperiadenitis der rechten Submaxillargegend, die auf die Gegend der Mandibula und des Kopfnickers übergriff. Die Schwellung war derb, rot, dolent, tief; Fieber, schlechter Allgemeinzustand. Verfasser injizierte 1 ccm Staphylokokkenvakzine; es folgte eine intensive Reaktion mit Fieber und Delirien. Am nächsten Tage waren die bedrohlichen Erscheinungen geschwunden und die Schwellung etwas zurückgegangen. Die folgenden neun Injektionen zu 2 ccm Vakzine wurden anstandslos vertragen und brachten die Phlegmone zur völligen Resorption.

8. Papillom der behaarten Kopfhaut durch Radium geheilt, von Juan de Azúa. Der 26jährige Patient hatte seit der Kindheit am Scheitel ein dunkelbraunes Papillom; die befallene Stelle war fast haarlos. Der Kranke wurde in 16 Sitzungen zu 5—20 Minuten mit Radium (500000 E.) bestrahlt. Das Papillom verschwand völlig; an seiner Stelle blieb eine glatte, leicht atrophische Haut.

9. Primäre infektiöse Purpura mit Gangrän, von José S. Covisa. Der 22jährige Kranke wurde nach vorausgegangenen Schmerzen in den Beinen von einer heftigen Purpuraeruption befallen. Es fanden sich zahlreiche teils isolierte, teils konfluente Hämorrhagien, die Beine waren ödematös und schmerzhaft. Auf ihnen und auf der rechten Hand waren große blutige Blasen vorhanden. Am linken Daumen war es nach einer solchen Blase zur Nekrose und zur Nagelablösung gekommen. Die Mundschleimhaut zeigte ebenfalls Hämorrhagien, die rechte Tonsille gangränöse Angina. Es folgten noch einige Nachschübe unter Fieber, dann verschwand die Affektion völlig. Im Blute wurde ein grampositiver Diplokokkus gefunden.

10. Superinfektion bei einem Tertiärsyphilitischen, von M. Forns. Der 21jährige Patient hatte im März 1911 einen Primäraffekt am inneren Vorhautblatt; er erlitt mehrere Rezidive und wurde mit Quecksilber und Salvarsan behandelt. Am 21. Oktober 1914 kam er wieder zur Behandlung, da er seit drei Monaten ein Geschwür bemerkte. Bei der Untersuchung fand sich ein harter Schanker im Sulcus coronarius und am Frenulum, linksseitige typische Leistendrüsenschwellung, dorsale Lymphangitis, generalisierte, diskrete Roseola, zahlreiche Mundpapeln und Kopfschmerzen. Verfasser meint, daß eine Superinfektion vorliegt.

Digitized by Google

11. Adams-Stokesscher Symptomenkomplex syphilitischen Ursprungs, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Die 37jährige Patientin war im 14. Lebensjahre syphilitisch infiziert worden und hatte zu wiederholten Malen spezifische Kuren durchgemacht. Diesmal kam sie zur Behandlung wegen allgemeiner Schwäche, Kopf- und Gliederschmerzen, Dyspnoë und Präkordialangst. Bei der Untersuchung fand sich ein Puls von 32—36. Durch eine kombinierte Behandlung wurden die Schwäche und die Schmerzen beseitigt, die Symptome von seiten des Herzens blieben aber unverändert. Verfasser meint, daß der Adams-Stokessche Symptomenkomplex im vorliegenden Falle durch Syphilis bedingt war; daß aber die Myokardveränderungen bereits zu weit fortgeschritten waren, um von der spezifischen Behandlung beeinflußt werden zu können.

12. Lupus erythematosus generalisatus, teleangiectaticus im Gesicht und auf dem Kopfe, von Juan de Azúa. Verfasser weist auf einen in einer früheren Arbeit beschriebenen Fall hin, der im Gesicht und auf dem Kopfe die Eigentümlichkeit aufweist, daß er absolut „erythematosus" ist, keine Infiltration, nur zahlreichste Teleangiektasien aufweist. Die Herde am übrigen Körper sind vom gewöhnlichen Typus. Der Fall ist sehr resistent gegen Aurum-Kalium cyanatum. R. Frühwald-Leipzig.

The urologic and cutaneous Review.

August 1914.

1. Über die Behandlung der Syphilis, von W. Knowsley Sibley und B. C. Camb-London. Sofort nach sichergestellter Diagnose soll man — nach Ansicht der Verfasser — zur Zerstörung des Primäraffektes schreiten und zwar auf drei Methoden: 1. chemisch, 2. durch Hitze, 3. durch Kälte; die Gefriermethode mit Kohlensäureschnee usw. halten die Verfasser für die empfehlenswerteste; vorher lokale Anästhesierung. Dann sofort Einleitung der Allgemeinbehandlung. Zunächst besprechen die Verfasser die verschiedenen Hg-Präparate und die Methode ihrer Einverleibung: per os, per rectum, per vaginam, durch die Haut, durch Einatmung und durch Injektionen; ohne wesentlich Neues zu bringen. Im Anschluß wird die Notwendigkeit der guten Mund- und Zahnpflege erörtert und Winke zur Behandlung etwa eingetretener Stomatitis gegeben. Die Jodpräparate sind nach der Meinung der Verfasser in jedem Stadium — besonders aber im tertiären Stadium — angezeigt und vorteilhaft. Salvarsan besprechen die Verfasser nur ganz oberflächlich; sie sind der Ansicht, daß es ein wirksames Mittel ist, daß aber die Kombination mit Hg unbedingt notwendig ist. Noch kürzer sind ihre Mitteilungen über Hektine; von diesem Präparate nennen sie nur die Dosen und meinen, daß oft die positive WR nach längerer Anwendung negativ wird. Über die notwendige Dauer der Behandlung und über lokale Behandlung bringen die Verfasser nichts Neues.

2. Die lokale Behandlung der Blennorrhoe beim Manne, von Curt Heinemann-Berlin. Zum Referieren nicht geeignet, da das Wesentliche der Arbeit bereits in der Zeitschrift für Urologie mitgeteilt worden ist.

3. Ein Fall von Nekrose des Skrotums, veranlaßt durch chemische Reizung und kompliziert mit Erysipel, von Noah Zeher-Fort Vayne. Ein bis dahin stets gesunder Mann von 30 Jahren — Vater zweier gesunder Kinder — zog sich am 21. März eine heftige Erkältung zu, die er selbst mit Chinin. bromat. heilen wollte. Als sich am folgenden Tage Blasenschmerzen und die Unfähigkeit zu urinieren einstellten, brachte der Patient eine in Laienkreisen beliebte Salbe in Anwendung, die er auf den Hoden und den Penis applizierte; dann nahm er über einem Eimer mit kochendem Wasser ein lokales Dampfbad, wobei heißes Wasser an die befallenen Stellen heranspritzte. Zwei Stunden später traten Brennen und heftige Schmerzen in der Blasengegend, der Harnröhre und dem Skrotum auf, die sich bis zum 23. März enorm steigerten und zu einer

Digitized by Google

kolossalen Anschwellung des Hodens und des Penis führten. Erst am 24. März suchte er ärztliche Hilfe auf. Da zeigten sich, abgesehen von der enormen Schwellung, bereits an einem kleinen Stück des Penis und am ganzen Hoden dunkelgefärbte, gangränöse Stellen. Nach gründlicher Entleerung des Darmes wurden zuerst warme Breiumschläge gemacht. Am folgenden Tage entwickelte sich bei dem hochfiebernden Patienten von der Leistengegend ausgehend ein fast den ganzen Körper inklusive des Gesichts ergreifendes Erysipel. Die Haut des Skrotums stieß sich zum Teil spontan ab, zum Teil wurde sie mit der Schere abgetragen, so daß die Hoden nur von der Tunika bedeckt waren; darüber wurden dauernd Kompressen mit warmer physiologischer Kochsalzlösung gelegt. Da das Fieber dauernd hoch blieb, wurden am 2. und 5. April gegen das Erysipel Injektionen mit gemischter Stockvakzine (800 Millionen Staphylokokken, 200 Millionen Streptokokken und 400 Millionen Kolibazillen) gegeben, worauf das Fieber abfiel, das Erysipel zum Stillstand kam und der Patient sich schälte. Vom 9. April an normale Temperatur, der Patient wurde noch mit tonischen Mitteln behandelt, lokal dauernd Salzwasserkompressen. Am 3. Mai war die Wunde am Penis verheilt, die Hodenschwellung fast ganz zurückgegangen. Am 4. Mai wurden in Narkose alle gangränösen Stellen entfernt, die Wundränder vernäht; Heilung per primam, so daß Patient zwölf Tage später seinen Beruf aufnehmen konnte. Zeher hebt an diesem Falle folgende Punkte als interessant hervor: 1. Mißbrauch von Medikamenten durch Laien, 2. die Vulnerabilität der Skrotalhaut gegenüber reizenden Mitteln, 3. die hervorragende Wirkung der Mischvakzine, 4. die wohltuende und günstige Wirkung von normaler Kochsalzlösung bei Wunden an den Genitalien.

4. Über Syphilisbehandlung. Vergleichende Statistik der Zahl der täglich in das Krankenhaus zur Behandlung kommenden Syphilitiker, mit oder ohne Salvarsan, resp. Neosalvarsananwendung, von W. G. Stimpson-New York. Der Verfasser bringt statistische Daten und Krankengeschichten aus den bedeutendsten Hospitälern der Vereinigten Staaten. Dieselben ergeben, daß für die Beobachtungszeit vom 1. Juli 1913 bis 1. Januar 1914 bei 430 ziemlich analogen Fällen von Syphilis die Hospitalbehandlung bei Salvarsan- resp. Neosalvarsanbehandlung durchschnittlich 13,31 Tage, ohne diese bei reiner Hg-Behandlung 29,04 Tage dauerte. Es wurde fast ausschließlich Neosalvarsan und zwar in Dosen von 0,9 und zwar viermal intravenös verabfolgt. Daß nie Reaktionserscheinungen im Allgemeinbefinden beobachtet wurden, schiebt Stimpson darauf, daß am Tage vor der Injektion eine gründliche Entleerung des Darms mittels Kalomel resp. abführenden Salzen vorgenommen und die Patienten dann 24 Stunden nur mit Milch ernährt wurden. In einigen Fällen, in denen nach 4 Injektionen zwar die WR im Blute negativ, aber im Liquor noch Globulinreaktion oder Pleozytose war, wurden mit gutem Erfolge Injektionen mit salvarsanisiertem Serum gemacht. Als einziges zuverlässiges Mittel der Erkennung der erfolgten Heilung betrachtet Stimpson die Reinfektion. Da wir diese aber nicht absichtlich herbeiführen können, und er die Luetinreaktion vor der Hand nicht sicher als beweisend betrachtet, stellt er folgendes als Regel auf: wenn bei einem Patienten durch Salvarsan oder Hg oder kombinierte Behandlung die WR negativ geworden und ein Jahr ohne jede Behandlung negativ geblieben ist, so können wir mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit eine Heilung annehmen. Um noch sicherer zu gehen, können wir eine provokatorische Salvarsaninjektion machen und dürfen bei negativ bleibender WR unserer Sache sicher sein.

5. Über neue Beiträge zur Urologie von seiten der Franzosen, von A. D. Zwick-Cincinnati. Wie der Titel besagt, bespricht der Verfasser die Fortschritte in der Urologie, die wir den Franzosen zu danken haben. Es handelt sich besonders

Digitized by Google

um den Ureterenverschluß und um die Kapazitätsproben für die Nieren. Die Mitteilungen sind größtenteils in den Archives urogenitales des Hospitals St. Necker niedergelegt.

6. Epididymitis als Komplikation bei Prostatektomie, von Charles D. Lockwood-Pasadena. Als die bei weitem häufigste und unangenehmste Komplikation, die bei Prostatektomie den normalen Heilungsverlauf stört, betrachtet der Verfasser die Epididymitis; dieselbe tritt nach seiner Statistik fast in 20% der Fälle auf und zwar meist am Ende der zweiten Woche, wenn die suprapubische Wunde sich schließt, und der Urin wieder durch die Harnröhre abzufließen anfängt. Auf welchem Wege — ob direkt durch die Duktus oder indirekt durch die Lymphbahnen — die Infektion zustande kommt, ist noch nicht völlig aufgeklärt. Auch darüber, ob diese Komplikation öfter bei der suprapubischen oder der perinealen Operationsmethode auftritt, gehen die Meinungen und die statistischen Mitteilungen diametral auseinander. Was die Behandlung anlangt, so befürwortet der Verfasser das Einlegen eines Verweilkatheters (18—20) für einige Tage, zu der Zeit, in der sich die Operationswunde zu schließen beginnt.

7. Manifestationen von weiblicher sexueller Perversität; günstige Vorbedingungen dazu in den Klosterschulen. Beispiele von Transvestismus, unbewußter Homosexualität und sexuales Empfinden bei Mannweibern. Masturbation unter dem Einflusse homosexuellen Empfindens; unbestimmte Sexualempfindungen in der Kindheit, von Douglas C. McMurtrie-New York. Die umfangreiche Überschrift gibt den Inhalt der vorliegenden Arbeit beinahe vollkommen wieder. Der Verfasser bringt für die verschiedenen Formen perversen Sexualempfindens bei Frauen Beispiele, die er an der Literatur Spaniens, Frankreichs, Englands und Deutschlands zusammengesucht hat. Daß die gewaltsame Unterdrückung des normalen Geschlechtstriebes, wie dieselbe in den Klosterschulen geübt wird, sehr häufig zur Homosexualität, resp. Perversität führt, ist bekannt. Auch die dagegen empfohlenen Mittel, besonders mehr freie Bewegung und viel Sport im Freien, sind nicht neu. Interessant ist der nach Moll zitierte Fall einer Frau, die in ihrer Kindheit durchaus männliche Neigungen zeigte, die sich jedoch in der Pubertätsperiode verloren, und nie wiederkehrten, ein Beweis, daß man gelegentlich in der Kindheit auftretende, anscheinend perverse Geschlechtsneigungen nicht zu ernst auffassen soll.

September 1914.

1. Eine neue diagnostische Methode zur Aufklärung diagnostischer Veränderungen an den weiblichen Urogenitalorganen, von G. Shearman Peterkin-Seattle. Die sehr ausführliche Arbeit ist zum Referieren nicht recht geeignet, weil ein integrierender Teil derselben in den sehr zahlreichen Abbildungen besteht, mit denen sie ausgestattet ist. Der Verfasser schildert sein Vorgehen beim Diagnostizieren von weiblichen Harn- und Geschlechtskrankheiten speziell mittels Röntgenaufnahmen in den verschiedenen Stellungen der Patientinnen. Er hofft, daß ähnlich wie die Röntgenstrahlen mit Wismutbrei bei den Erkrankungen des Magen-Darmtraktus eine neue Ära in der Behandlung derselben gezeitigt habe, auch die Vervollkommnung der Technik bei Anwendung der X-Strahlen neues Licht in noch dunkle Gebiete der Frauenleiden bringen werde.

2. Zystitis: Eine nur nach fleißiger Beobachtung zu stellende Diagnose, von Abraham Nelken-New Orleans. Der Verfasser hebt hervor, daß, wie die Diagnosen „Rheumatismus" für jeden Schmerz, oder „Malaria" für jedes Fieber mißbräuchlich angewendet werden, auch die Diagnose „Zystitis" von Laien oder oberflächlich untersuchenden Ärzten für jede Störung beim Urinieren gestellt wird, gleichviel, wo

Digitized by Google

der Sitz der Erkrankung ist, d. h. ob es sich eventuell um eine Pyelitis, Pyelonephritis, Urethritis anterior oder posterior, acuta oder chronica oder um eine echte Zystitis handelt. Die echte, unkomplizierte Cystitis acuta hält Verfasser für eine sehr seltene Krankheit, deren häufigste Ursache die Einführung unsauberer Instrumente bildet, und die eher Neigung hat, spontan zu heilen als chronisch zu werden. Auch die unkomplizierte, chronische Zystitis ist selten. Vom Standpunkte des Praktikers aus hat die Blasenschleimhaut keine drüsige Striktur. In vielen Fällen verleitet häufiger Urindrang zur Diagnose „Zystitis", bei genauer Untersuchung findet man aber keinen Eiter oder kann konstatieren, daß derselbe aus der Urethra (bei Frauen auch oft aus der Vagina) stammt, und daß bei intakter Blase der Urindrang eine reine Neurose ist. Oft auch liegt die Veranlassung zum häufigen Urinieren nicht in der Qualität, sondern der Quantität des Urins (Diabetes mellitus oder insipidus), und bei Frauen sind es Lageveränderungen (bisweilen postoperative) der Gebärmuttter, resp. der Adnexe, die öfteren Harndrang hervorrufen. Abgesehen von einer Infektion durch unsaubere Instrumente ist eine primäre Zystitis — wie erwähnt — sehr selten, und andererseits hat die Blasenschleimhaut eine so große Heilkraft, daß sekundäre Infektionen oft spontan auszuheilen beginnen, sobald der primäre Herd (Niere oder Prostata) beseitigt ist. Der Kern der Betrachtungen des Verfassers liegt darin, daß nur eine sorgfältige zystoskopische, röntgenologische und mikroskopische Untersuchung uns ermächtigt, die Diagnose „Zystitis" zu stellen.

3. Urologische Mitteilungen, von William J. Mallory-Washington. Wer sich für die Geschichte der medizinischen Forschung interessiert, wird in der vorliegenden Arbeit viel Anregung finden. Der Verfasser beginnt mit den Aufzeichnungen, die wir von den Babyloniern 6000 ante Chr. n. haben und verfolgt die bei den einzelnen Volksstämmen vorhandenen historischen Notizen über die Bedeutung der Urinuntersuchung für den Allgemeinzustand der Menschen bis zum Jahre 1913. Er schließt mit dem „hämorenalen Index" Rombergs.

4. Über chronische Prostatitis infolge von Infektion mit dem Neisserschen Gonokokkus, von Claude G. Hoffmann-Louisville. Hoffmann bespricht — wie er im Titel seiner Arbeit ausdrücklich hervorhebt — nur die chronische Prostatitis, welche eine Folgeerscheinung der Blennorrhoe ist; er unterscheidet hier zwei Formen: 1. eine kongestive, sogenannte katarrhalische Entzündung der Drüse und 2. eine mit parenchymatösen und follikulären Entzündungen einhergehende, die oft zu eitrigen und destruktiven Prozessen führt. Die von dem Verfasser angeführten, aus der Literatur entnommenen Zahlen über die Häufigkeit der Prostatitis als Blennorrhoekomplikation bewegen sich um 85—90%; die erheblich geringeren Zahlen liegen sehr weit zurück und sind deshalb wohl nicht ganz maßgebend. Die Frage, ob die Prostata in chronischen Fällen an sich die Bakterien beherbergen kann, oder ob dieselben nur in der Urethra posterior resp. anterior existieren und die Entzündungserscheinungen nur durch die Ductus prostatae fortgeleitet seien, scheint dem Verfasser noch nicht geklärt. Der Verfasser zitiert außer Nohthaft, der nach sorgfältigen Untersuchungen glaubt, daß in seltenen Fällen die Gonokokken ein Jahr nach der Infektion, nie aber länger als drei Jahre in der Prostata existieren könnten, andere Verfasser, die in wenigen Fällen von chronischer Prostatitis gar keine Bakterien, in manchen aber Staphylokokken, Streptokokken und Kolibazillen daselbst gefunden haben. Andere wieder glauben, daß die Urethra posterior ein besonders guter Entwicklungsboden für allerlei Bakterien sei, die dann leicht zu einer akuten Entzündung der Drüsen führen können, während in den chronischen Fällen die Rolle der Bakterien ausgespielt sei und nur noch die Schädigungen, die sie hervorgerufen haben, übriggeblieben wären. Die Diagnose ist — so unangenehm

Digitized by Google

das für den Patienten meist ist — nur durch Einführung des Fingers in das Rektum zu stellen, da aber Größe und Konsistenz der Prostata sehr wechselnd sind, so ist auch auf diesem Wege die Diagnose nicht sicher; teigige Beschaffenheit der Drüse ist immer verdächtig. Besseren Aufschluß gibt das auf diese Weise exprimierte Sekret resp. dessen mikroskopische Untersuchung nach den bekannten Maßnahmen: einen Teil des Blaseninhaltes entleeren lassen, dann die Urethra ausspülen und den nach der Massage erhaltenen Urin zentrifugieren. Die Symptome der chronischen Prostatitis sind meist so wenig ausgesprochen, daß sie zur Diagnose nicht ausreichen, obwohl, wie der Verfasser ausführt, die Erkrankung der Prostata infolge ihrer Lage am Kreuzungspunkt der Urinwege des Genitaltraktus und der Verdauungsorgane eigentlich Beschwerden zeitigen müßte. Von den bekannten — meist geringfügigen — Klagen kommt am meisten eine sonst unerklärliche sexuelle Neurasthenie in Betracht. Über die Differentialdiagnose zwischen blennorrhoischer und sonstiger Prostatitis bringt der Verfasser nichts Neues. Daß ein eventueller Durchbruch eines Prostataabszesses bei weitem am häufigsten in die Urethra, seltener ins Rektum, viel seltener in das umgebende Gewebe erfolgt, belegt Hoffmann mit Zahlen. Die Prognose hängt im wesentlichen von der Blennorrhoe ab; solange in der Urethra Gonokokken existieren, solange besteht die Gefahr einer immer neuen Reinfektion. Was die Therapie anlangt, so bringt Hoffmann nichts Neues; vielleicht ist es interessant, daß er gute Erfolge von Vakzinebehandlung gesehen hat. Zum Schluß hebt er hervor, wie dringend nötig es ist, den Patienten erst nach vielfach negativ ausgefallenen mikroskopischen Untersuchungen auf Gonokokken als geheilt zu entlassen, und er rät, solche Patienten immer nach Intervallen von 2—3 Monaten von neuem gründlich zu untersuchen.

5. Psychologische Studie an einer tribadistischen Gattenmörderin — ein Fall von Lombroso, von Douglas C. Mc Murtrie-New York. Der Verfasser erzählt ausführlich den Fall einer Gattenmörderin, die aus tribadistischen Trieben heraus alle edeln Eigenschaften, die sonst dem Weibe innewohnen, beiseite setzte und, um ihren Gelüsten Befriedigung zu verschaffen, nicht zögerte, ihren Mann zu vergiften, dann zu strangulieren und den Leichnam mit Hilfe eines jungen Liebhabers nach allen Regeln der Kunst zu vierteilen. Diese sexuell-psychopathische Studie ist für den, der sich für diese Fragen interessiert, ein neuer Beitrag und sei dem Betreffenden zum Lesen empfohlen. Während im allgemeinen auf 100 männliche Mörder kaum drei weibliche kommen, ändert sich das Verhältnis völlig in den Fällen, in denen sexuelle, psychopathische Momente den Grund für die Mordtat bilden.

6. Ein Fall von Elefantiasis, berichtet von C. L. Campbell-Atlantic. Der Verfasser hatte Gelegenheit, einen außergewöhnlich schweren Fall von Elefantiasis beider Beine zu beobachten. Er läßt der Beschreibung eine Zusammenstellung aus der Literatur voraufgehen, in der die Ansichten der bedeutendsten Autoritäten über das Zustandekommen, die Entwicklung der Elefantiasis und die verschiedenen Heilmethoden mit ihren Chancen erwähnt werden. Der Fall selbst betrifft ein zurzeit 23jähriges Mädchen, welches als 10jähriges Kind, d. h. vor 13 Jahren, Masern und eine Pneumonie durchgemacht hatte; $^1/_2$ Jahr später (post hoc ergo propter hoc? der Ref.) begannen die Anschwellungen an beiden Knöcheln; trotz sofort eingeleiteter therapeutischer Maßnahmen steigerte sich die Krankheit so, daß zur Zeit der Aufnahme ins Krankenhaus im Jahre 1914 beide Unterschenkel von der Planta pedis bis zum Knie so vergrößert waren, daß der Umfang der Fußgelenke dem der Wade gleichkam. Die Patientin konnte kaum einige Schritte gehen und nur ganz leichte Pantoffeln tragen. Anamnestisch war außer den erwähnten Erkrankungen (Masern und Pneumonie) nichts Bemerkenswertes; hereditäre Belastung in keiner Weise vorhanden. Der Gesundheitszustand der

Digitized by Google

Patientin war im allgemeinen ein sehr guter, und bis zu den Knien herab an keinem Organe ein pathologischer Befund. Die Röntgenuntersuchung ergab auch an den Gelenken und Knochen der Unterschenkel nichts Abnormes; in den weichen Geweben waren multilokuläre Zysten gefüllt mit seröser Flüssigkeit. Im Laufe von einigen Monaten trat infolge von Anwendung von Hochfrequenzströmen erst allmählich, dann sehr deutlich eine so erhebliche Besserung ein, daß man fast von Heilung sprechen kann.

7. Einige Bemerkungen über die Nägel und ihre pathologischen Veränderungen, von Thos. W. Ross-Portland. Einleitend erörtert Ross das Kapitel des normalen Wachstums und der Histologie der normalen Nägel. Wohlgepflegte, lange Nägel ind ein Vorrecht und ein Zeichen der nicht zur Arbeit mit den Händen gezwungenen, vornehmen Kasten (z. B. bei Hindus und Chinesen findet man Nägel von 18—20 Zoll Länge). Das Wachstum der Nägel ist abhängig vom Alter und der Jahreszeit; sie wachsen durchschnittlich $^1/_8$ Zoll im Monat und schneller in der Jugend als später, und schneller im Sommer als im Winter. Im Durchschnitt braucht ein Nagel 108—160 Tage zum Wachstum von dem halbmondförmigen bis zum freien Rand. Die Nägel der Zehen wachsen fast doppelt so schnell. Die histologische Struktur, die Farbe und die Größe hängen wesentlich von dem Gebrauche derselben bei den verschiedenen Tiergattungen ab (von der Klaue des Vogels bis zum Pferdehuf). Die pathologischen Veränderungen teilt der Verfasser ein in Hypertrophie, Atrophie, Fehlen und Dystrophie der Nägels Die einfache Hypertrophie findet man bei Akromegalie oder bei starkem Druck durch Handschuhe, resp. Schuhe oft in Gemeinschaft mit Deformitäten. Die Atrophie, resp. das Fehlen der Nägel ist oft angeboren und verursacht den befallenen Individuen merkwürdigerweise wenig Unbequemlichkeiten. Erworbene Atrophie trifft man bei hohem Alter, nach Traumen, nervösen Erkrankungen, oder solchen des Blutkreislaufes, nach schweren Infektionen, Pemphigen, Lepra und Lupus. Dystrophie der Nägel ist meist die Folge von Ernährungsstörungen in der Matrix oder dem Nagelbett und zeigt sich in opaquen, entfärbten oder spröden und brüchigen Nägeln. Der Verfasser führt dann ausführlich die einzelnen Allgemeinerkrankungen und Dermatosen auf, die zu Nägeldystrophien führen können. Besonders betont er die Psoriasis, die Syphilis und die parasitären Dermatosen. In letzter Zeit hat man vielfach Schädigungen der Nägel durch X-Strahlen beobachtet, deren Behandlung besonders langwierig ist. Andererseits gehören die Röntgenstrahlen neben Jod- und Teerpräparaten zu denjenigen therapeutischen Verfahren, von denen man bei großer Geduld am ehesten einen Erfolg erwarten kann. Zum Schlusse weist Ross auf die verdienstvollen Arbeiten von Heller-Berlin hin.

8. Ein Brief aus London, von Frank Crackett-La Fayette. Ein höchst interessanter Brief über die Zustände in Londoner Krankenhäusern; obwohl nur schon oft Gesagtes und Beklagtes wiederholt wird, lohnt sich die Lektüre dieses Briefes doch. Zum Referieren ist er nicht geeignet. O. Lasch-Breslau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Beitrag zur Lehre von der Malakoplakie der Harnblase, von Wetzel-Straßburg. (Virch. Arch., 1913, Bd. 214, H. 3.) Verfasser berichtet über einen Fall von Malakoplakie der Harnblase. Es handelt sich um einen Mann, der wegen chronischen Nierenleidens ad exitum kam. Die Schleimhaut der Harnblase war gerötet, in derselben sitzen zahlreiche bis zu 0,5 qcm große, das Niveau um etwa 1—2 mm überragende

Digitized by Google

runde oder ovale dunkle, braunrötliche, stark glänzende Plaques, die zentral vielfach zerfallen sind. Histologisch handelt es sich um eine chronische entzündliche Gewebsveränderung, um eine Zystitis, die zur Schädigung des Epithels geführt hat. Durch Einwirkung des Harns und von Bakterien zeigen sich Proliferationsvorgänge in der Mukosa und Submukosa, Granulationsgewebe, follikelartige Noduli, sogar mit Keimzentrum. Wo tiefere Ulzeration stattgefunden hatte, fanden sich große Zellelemente, deren Herkunft nicht sicher ist. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Ausbildung der Plaques im Gebiete einer Cystitis follicularis chronica. B. Junghanns-Dresden.

Chirurgie der Sanduhrblase, von J. Bentley-Squier-New York. (New York m. J., 23. Mai 1914.) Während kleine Divertikel der Blase ohne weiteres nach der Methode von Lower exzidiert werden sollten, scheint bei größeren (sanduhrförmigen) eine mehr konservative Operation, welche darin besteht, das Divertikel in einen festen oder halbfesten Tumor zu verwandeln und dann transperitoneal zu entfernen, von besonderem Vorteil zu sein. Auf Grund eines Falles, wo bei einem 40jährigen Manne ein außerordentlich umfangreiches und mit der vorderen Mastdarmwand fest adhärentes Divertikel vorhanden war, beschreibt S. diese Operation genauer. Zwei Monate nach der Operation war die Blasenkapazität eine beinahe normale, kein ungewöhnlicher Harndrang mehr vorhanden, die Pyurie fast ganz verschwunden und Patient hat 15 Pfund an Gewicht zugenommen. M. Stern-München.

Zur Totalexstirpation der Harnblase und Versorgung der Ureteren, von Salo Cohn-Berlin. (W. kl. Rdsch., 1914, Nr. 47—48.) Bei einem Anilinarbeiter wurde die Blase wegen eines Karzinoms entfernt, in zwei späteren Operationen die Ureteren in die Haut eingenäht. Verfasser bespricht dann eingehend die Frage der Ureterenversorgung und kommt zu folgenden Schlüssen: Die Totalexstirpation der Blase wird am besten mehrzeitig ausgeführt; die Entfernung wird vorteilhaft vom Perineum aus vorgenommen. Die günstigste Ureterenversorgung ist die Ableitung des Urins durch die Bauchhaut, da dieser Eingriff der leichteste und die Infektionsgefahr am geringsten ist. Hierher gehört auch die doppelseitige Nephrostomie. In zweiter Linie kommt die Implantation in den Darm. Die Patienten sind dabei zwar kontinent, doch kann eine Infektion nicht sicher ausgeschlossen werden. Die Ableitung des Urins in die Vagina, Urethra und das Perineum wird besser fallen gelassen. R. Frühwald-Leipzig.

Über pathologische Harnblasenrupturen, von Felix Block. (Diss. Greifswald 1913.) Mann von 42 Jahren. Weder in der Anamnese noch im klinischen Befund irgend welche Zeichen vorher bestehender Blasenerkrankung. Keine vorhergegangene starke Flüssigkeitsaufnahme. Eine Stunde vor Ruptur Urin gelassen. Ruptur nachts bei Anwendung starker Bauchpresse (Stuhl). Plötzlich starker Schmerz unterhalb des Nabels. Konnte dann keinen Urin mehr lassen. Morgens katheterisiert: blutige Flüssigkeit. Anschwellung des Leibes, Zunahme der Schmerzen. Status: mittels Katheter kein Urin. Leib aufgetrieben, stark gespannt, sehr druckempfindlich. Über ganzen Leib starke Schalldämpfung. Kein Erbrechen. Operation (Sultan). Blasenruptur. An Vorderwand zweipfenniggroßes Loch. Verweilkatheter. Nach sieben Wochen gebessert entlassen. Bald nach Entlassung völlig gesund. Aus diesem Fall und den vom Verfasser aus der Literatur zitierten geht hervor, daß die Diagnose der pathologischen Ruptur im Gegensatz zur traumatischen meist schwer zu stellen ist.

F. Loeb-München.

Über subkutane Blasenruptur, von Gustav Doberauer-Komotau. (Prag. m. W., 1913, Nr. 33.) Verfasser berichtet über zwei von ihm operierte Fälle. In der Anamnese beider Fälle ist übereinstimmend der vorhergegangene Genuß großer Quantitäten Flüssigkeit angegeben, welche neben der gesteigerten Urinsekretion und Füllung der Blase

Digitized by Google

dank ihres Alkoholgehaltes das prädisponierende Moment der Trunkenheit ergeben. Der Fall I erlitt dabei ein Trauma, indem er in eine offene Kellerfalltür derart stürzte, daß er mit dem Unterleib gegen die Kante des Türrahmens fiel. Im zweiten Falle war ein Trauma nicht nachzuweisen, der Mann war betrunken auf der Straße aufgelesen worden; es dürfte das einfache Hinfallen des betrunkenen Mannes auf der Straße die Verletzung herbeigeführt haben. G. Heymann-Elbing.

Ein Fall von traumatischer Blasenruptur, von Pier Luigi della Torre. (Riforma med., 1914, Nr. 20.) Eingehende Beschreibung eines Falles. Der Patient war von einem fahrenden Wagen gestürzt und überfahren worden. Die Räder gingen ihm über die Hüften und die hypogastrische Region. Nach dem Unfalle konnte der Patient noch klaren Urin lassen und sich allein nach Hause begeben. Allmählich entstanden aber Schmerzen im Leibe, quälender Harndrang, Muskelspannung, der Urin wurde blutig. Patient wurde daraufhin ins Krankenhaus geschafft und operativ geheilt.

R. Frühwald-Leipzig.

Spontane Harnblasenzerreißung, von Ernst Moser-Zittau. (D. Zschr. f. Chir., 1914, Bd. 132, H. 1—2.) Der Verfasser beschreibt einen Fall plötzlicher Blasenruptur, als dessen hauptsächliche Ursache er eine Prostataerkrankung ansieht. Bei der Operation wurde die Prostata entfernt, wonach sofort die bisher recht starke Blutung stand. Gerade die Vergrößerung des sogenannten mittleren Prostatalappens pflegt die größten Störungen der Blasenentleerung auszulösen. Die weitere Folge ist dann eine Dehnung der Blasenwand mit folgender Erkrankung der Muskulatur. Neben der Prostatahypertrophie bilden die Harnröhrenstrikturen die Ursache der Blasenzerreißung, abgesehen von den traumatischen Rupturen. Eine Schädigung der Blasenwand als Ursache der Ruptur liegt auch in den Fällen von Zerreißung von Blasennarben. Ebenso bei eitriger Zystitis, wobei Ulzerationen zu Perforationen führen können. Verfasser gedenkt der in der Literatur niedergelegten Fälle verschiedenster Ursachen, wie Ulzeration nach Erysipel, Lipomatose, ferner infolge starken Anziehens der Bauchpresse.

W. Chrzelitzer-Posen.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über Anästhesierung auf endovenösem Wege, von William Francis Honan und J. Willis Hassler-New York. (Ann. of Surgery, Dez. 1913.) Zum Referieren nicht geeignet. O. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Der Urologe Prof. Josef Englisch, emeritierter Primararzt der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Rudolfstiftung in Wien, ist gestorben.

Dr. Theodor Spietschka, Primararzt der dermatologischen Abteilung der mährischen Landeskrankenanstalt und a. o. Professor für Gewerbehygiene an der deutschen technischen Hochschule in Brünn, ist am 7. Mai, 51 Jahre alt, an Gehirnschlag gestorben. Er war in den neunziger Jahren als Assistent der Klinik von F. J. Pick und als Privatdozent für Dermatologie an der deutschen Universität in Prag tätig. Außer verschiedenen meist im Arch. f. Derm. u. Syph. erschienenen Fachaufsätzen (über Ätiologie der Bubonen, Blutbefunde bei Purpura haemorrhagica, Acanthosis nigricans usw.) veröffentlichte er ein Buch über Pflege der Haut (mit A. Grünfeld-Odessa).

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

29. Mai 1915 | Nr. 22 | Band 60

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Über Infektiosität des Blutes bei latenter (erworbener) Syphilis mit negativer Wassermannscher Reaktion.

Von

Priv.-Doz. Dr. Richard Frühwald, Assistent der Klinik.

Es ist mir zuerst gelungen, das Blut eines latentsyphilitischen Patienten mit positivem Wassermann erfolgreich auf Kaninchen zu übertragen; in einer zusammenfassenden Arbeit (1) habe ich drei positive Fälle anführen können (zwei von mir, einen von Uhlenhuth und Mulzer). Meine in dieser Richtung fortgesetzten Versuche haben nun wieder zu einem positiven Resultate geführt, über das ich im folgenden berichten will.

Pat. E. Qu., 23jähr. Prostituierte, kam am 22. VI. 1914 zum ersten Male in die Klinik mit einem weichen Geschwüre an der hinteren Kommissur und Primäraffekten am rechten großen und kleinen Labium. Wassermann +. Sie erhielt 4 × 0,75 Neosalvarsan intravenös und 20 intramuskuläre Injektionen von Hg cyan. 1%. Am 18. VII. 1914 wurde sie ohne Erscheinungen entlassen. Wassermann —.

29. IX.—26. X. 1914 lag sie in der medizinischen Klinik wegen Ikterus. Wassermann —.

Wiederaufnahme: 4. XII. 1914: Condylomata acuminata. Keine klinischen Zeichen von Syphilis. Wassermann 5. XII. 1914 —.

Wiederaufnahme: 5. II. 1915: Fluor non gonorrhoicus. Keine klinischen Zeichen von Syphilis. Wassermann 9. II. 1915 +. Keine antisyphilitische Behandlung. Am 19. II. 1915 wurde Blut auf zwei Kaninchen verimpft. Wassermann —.

Wiederaufnahme: 19. III. 1915: Gonorrhoe, Ulcera mollia ad vaginam et portionem vagin. uteri. Außerdem fand sich am linken kleinen Labium innen ein hanfkorngroßer, seichter Substanzverlust von braunroter Farbe, nicht belegt. Die Basis war etwas derb. Sprach schon das klinische Aussehen für eine syphilitische Papel, so wurde diese Diagnose durch den positiven Spirochätenbefund im Dunkelfelde bestätigt.

Tierversuch: Am 19. II. 1915 wurden je 2 ccm defibrinierten Blutes den Kaninchen 257 und 258 in die Hoden injiziert. Am 20. IV. wies K. 258 im oberen Teile des rechten Hodens eine wenig ausgesprochene, nicht scharf begrenzte Verdickung auf. Die Punktion ergab im Dunkelfelde mäßig reichliche typische Spirochaetae pallidae.

Dieser Fall ist in verschiedener Beziehung bemerkenswert. In klinischer Hinsicht zeigt er die — allerdings nicht neue — Tatsache, daß sich Syphilisrezidive in so unscheinbarer und geringfügiger Form manifestieren können, daß sie leicht übersehen werden können. Es fand sich bei

Digitized by Google

dieser Kranken neben den weichen Geschwüren lediglich ein hanfkorngroßer Substanzverlust; er war der Patientin völlig entgangen und auch bei der polizeilichen Kontrolle übersehen worden. Man sieht daraus, wieviel wir auf die Angaben syphilitischer Patienten, sie seien durch eine gewisse Zeit hindurch symptomlos geblieben, geben dürfen. Nur die häufig wiederholte, eingehendste spezialärztliche Untersuchung kann halbwegs Sicherheit über Symptomfreiheit geben.

In therapeutischer Beziehung ist bemerkenswert, daß die beim ersten Krankenhausaufenthalte bis zum Negativwerden der Wassermannschen Reaktion durchgeführte Frühbehandlung im primären Stadium nicht imstande war, ein baldiges Rezidiv zu verhindern. $6^1/_2$ Monate nach Beendigung der Behandlung erlitt die Patientin ein serologisches Rezidiv, sechs Wochen später ein klinisches. Wenn aber, was nicht ausgeschlossen ist, der Ikterus im Herbste 1914 syphilitischer Natur war, stellen sich die Verhältnisse noch ungünstiger dar.

Am bedeutungsvollsten ist aber der experimentell nachgewiesene Spirochätengehalt des Blutess — chon an und für sich, da dieser Fall erst der vierte ist, bei dem im latenten Stadium Spirochäten im Blute gefunden wurden. Besonders aber hervorzuheben ist, daß das Blut im Augenblicke der Verimpfung negative Wassermannsche Reaktion aufwies[1]). Nun ist uns ja die Infektiosität des Blutes bei negativem Wassermann nichts Unbekanntes; im primären Stadium vor dem Positivwerden des Wassermanns (vor der sechsten Woche) ist das Blut spirochätenhaltig; ferner habe ich (2) über einen Fall von Rezidivexanthem mit Papeln berichtet, der negativen Wassermann, aber Spirochäten im Blute hatte. Für das latente Stadium ist aber ein gleicher Befund noch nicht erhoben; es ist also mein neuer Fall der erste latente Fall, der bei negativem Wassermann Spirochäten im Blute führte[2]). Die bisherigen drei Fälle hatten alle positiven Wassermann. Es war ihnen gegenüber immer der Einwand möglich, daß sie wegen des positiven Wassermanns keine rein latenten Fälle darstellen; nun ist aber auch dieser Einwand gefallen und die Möglichkeit der Infektiosität des Blutes bei absoluter Syphilislatenz erwiesen.

[1]) Kurz vorher war sie allerdings positiv. — [2]) Das von Loewy-München verfaßte Referat über meine Diskussionsbemerkung zu Nonnes Vortrag bei der Naturforscherversammlung 1913 (M. m. W., 1913, S. 2481), demzufolge ich über positive Infektionsversuche im latenten Stadium bei negativem Wassermann berichtet hätte, beruht auf einem Irrtum, da ich ausdrücklich gesagt hatte, daß in dem von mir angeführten Falle der Wassermann positiv war (s. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 119, T. 1, S. 290). Erst durch meinen jetzigen Fall wird die mir zugeschobene Behauptung, die auch in die dritte Auflage von Nonnes „Syphilis und Nervensystem" übergegangen war, zur Wahrheit gemacht.

Digitized by Google

In meiner oben erwähnten Arbeit (1) hatte ich naturgemäß die Frage erörtert, was der Spirochätengehalt des Blutes Latentsyphilitischer für die Syphilispathologie zu bedeuten habe, doch konnte auf Grund des geringen Materials eine Entscheidung nicht getroffen werden. Der neue Fall kann diese natürlich auch noch nicht bringen; dennoch aber enthält er verschiedene Tatsachen, die uns dem Verständnisse vielleicht näher bringen.

Kurz wiederholt, kamen drei Erklärungsmöglichkeiten in Betracht. Entweder hängt der positive Spirochätengehalt des Blutes mit dem positiven Wassermann zusammen, oder er ist der Vorbote eines klinischen Rezidivs, oder er ist ein Zeichen von unregelmäßigen Spirochätenschüben über den Organismus, die mit keinen sichtbaren Syphilismanifestationen im Zusammenhange stehen. Die erste Annahme ist nunmehr endgültig abgetan. Für die zweite konnte ich aus den drei ersten Fällen keine einwandsfreien Anhaltspunkte gewinnen. Der Fall Uhlenhuth-Mulzer spricht ja allerdings für sie; denn die Patientin, von der das Blut stammte, wies 3 Tage nach der Blutentnahme ein Exanthem auf. Allerdings habe ich gegen diesen Fall einige in der erwähnten Arbeit (1) ausgeführte Bedenken, so daß ich ihn nicht einwandfrei benutzen konnte. Meine beiden ersten Fälle waren in dieser Hinsicht nicht verwertbar.

Dagegen scheint mein neuer Fall doch die Annahme, daß Spirochäten im Blute eines Latentsyphilitischen die Vorboten eines Rezidivs sind, zu bekräftigen. Die Patientin, die durch ein halbes Jahr nach der Behandlung negativen Wassermann gehabt hatte, wies plötzlich positive Reaktion auf. Dieses Umschlagen von der negativen zur positiven Reaktion wird ja allgemein als Anzeichen eines drohenden Rezidivs aufgefaßt. Das war für mich auch der Grund, das Blut dieser Patientin zu verimpfen. Der Impfversuch erwies das Vorhandensein von Spirochäten im Blute, und genau vier Wochen später hatte die Patientin ein klinisches Rezidiv.

Nun erhebt sich aber die Frage: hängt diese Anwesenheit der Spirochäten im Blute mit dem nachher festgestellten Rezidiv — eine Papel am kleinen Labium — zusammen? Damit kommen wir auf die Frage der Pathogenese der Syphilisrezidive. Man kann sich diese durch stets neue Disseminierung des Virus von einem Depot (Drüsen) aus, oder durch Proliferation in loco zurückgebliebenen Virus oder durch Kombination beider Arten entstanden denken. In der Vorspirochätenzeit sind von Is. Neumann und anderen histologische Residuen nach syphilitischen Effloreszenzen gefunden worden; später wurden in solchen Resten auch Spirochäten entdeckt, und es ist auch gelungen, Tiere mit ihnen zu infizieren. Das Vorhandensein von infektionstüchtigen, in loco zurückgebliebenen Virus ist also erwiesen. Andererseits haben positive Infek-

Digitized by Google

tionsversuche am Tiere mit dem Blute von Patienten mit Rezidivexanthemen und Papeln oder lediglich mit Papeln am Genitale oder im Munde das Vorkommen von Spirochätenschüben auch in der sekundären Periode gezeigt. Ich glaube nun, daß mein Fall auch für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen diesen Spirochätenschüben im Blute und dem klinischen Rezidiv spricht.

Ich gebe zu, daß es schwer, ja direkt gezwungen erscheint, sich vorzustellen, daß eine Spirochäteninvasion über den Organismus so ein winziges Rezidiv hervorbringt, wie die hanfkorngroße Papel bei meiner Patientin. Es ist ja immerhin noch die dritte, oben erwähnte Möglichkeit vorhanden, daß von einem Depot aus unregelmäßige Spirochätenschübe über den Körper erfolgen, die keine kutanen Symptome hervorrufen, und daß sich nebenbei aus Virus in loco ein Rezidiv entwickelt.

Immerhin ist in meinem Falle die konstatierte, ich möchte fast sagen konsequente Aufeinanderfolge: Umschlag des negativen Wassermanns zum positiven, Spirochätengehalt des Blutes, klinisches Rezidiv so auffällig, daß ihre Bedeutung für die Pathogenese der Syphilisrezidive nicht a limine abzuweisen ist.

Natürlich müßten noch mehrere ähnliche Fälle beobachtet werden, ehe man ihnen eine beweisende Bedeutung zuschreiben könnte. Es wird allerdings schwer halten, deren eine größere Anzahl so eingehend studieren zu können. Es ist dies ja fast ausschließlich bei Prostituierten der Fall; aber auch bei diesen ist es nicht ganz sicher, denn hätte z. B. meine Patientin nicht zufällig Gonorrhoe gehabt, wäre ihr Syphilisrezidiv vielleicht gar nicht zu meiner Beobachtung gelangt.

Auch hinsichtlich der Klinik der Kaninchensyphilis ist der Fall bemerkenswert und zwar wegen der Kleinheit des Impfaffektes. Wenn man Kaninchen mit dem Blute florid-syphilitischer Menschen (primäres und sekundäres Stadium) impft, so manifestiert sich der positive Erfolg in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in einer Orchitis circumscripta; man fühlt einen scharfumschriebenen, linsen-, kirschkern-, ja sogar haselnußgroßen Knoten. Seitdem ich aber Impfungen mit einem Materiale vornehme, das offenbar spirochätenarm (Liquor, Blut Latentsyphilitischer) ist, mache ich die Beobachtung, daß sich die Impfaffekte nicht so schön und deutlich darstellen. So war es auch im vorliegenden Falle; es war kein scharfumschriebener Knoten zu tasten, sondern nur eine undeutliche, unscharfe, geringe Verdickung. Ich war angesichts dieses Befundes überzeugt, daß kein positives Resultat vorliege und punktierte nur der Vollständigkeit halber. Ich erwähne dies deswegen, da es möglich ist, daß anderen Autoren und mir manche positive Resultate entgangen sind und entgehen. Die Erkennung einer syphilitischen Kaninchenorchitis,

Digitized by Google

wie man sie sonst findet, erfordert immerhin eine gewisse Erfahrung. In dem genannten Falle hat mich diese Erfahrung aber im Stich gelassen und das Resultat der Punktion stand, wie schon wiederholt, im Widerspruch mit meiner Ansicht auf Grund des Tastbefundes. Man befindet sich förmlich zwischen zwei Stühlen: auf der einen Seite steht die von UHLENHUTH und MULZER erhobene Tatsache, daß durch die Punktionen die Spirochäten aus den Hodenveränderungen rasch verschwinden; andererseits soll man auch die kleinste Verdickung punktieren, um sich kein positives Resultat entgehen zu lassen.

Wollte ich aus dem vorliegenden Falle die striktesten Folgerungen für die ärztliche Praxis ziehen, so wären diese geradezu trostlos. Nichts kann dem Operateur, Geburtshelfer usw. im gegebenen Falle die Gefahr einer Infektion mit Blut voraussagen, da Latentsyphilitiker ohne jegliche Erscheinungen und mit negativem WASSERMANN Spirochäten im Blute führen können. Dagegen kann ich auf meinen früher erhobenen Befund hinweisen, daß beim Kaninchen nur bei Verimpfung von 1 ccm ein positiver Erfolg eintritt.

Literatur.

1. FRÜHWALD, Über die Infektiosität des Blutes im latenten Stadium der erworbenen Syphilis. Derm. W., 1914, Bd. 59, Nr. 48. — 2. FRÜHWALD, Über die Infektiosität des Blutes Syphilitischer. W. kl. W., 1913, Nr. 42 (Versuch XII).

Beiträge zur Histopathologie der Tierhaut.

Von

LOUIS MERIAN, Zürich.

(Mit 1 Abbildung.)

5. Chronische Dermatitis an allen vier Schienbeinen vom Pferd.

Auch von diesem Fall konnten mir leider keine näheren Angaben gemacht werden.

Mikroskopischer Befund (vgl. Fig. 1). Schon bei der Betrachtung des Schnittes mit schwacher Vergrößerung sieht man, daß das ganze Präparat sich eigentlich aus zwei verschiedenen Partien zusammensetzt, einer hochaufgetürmten, kammartig gewucherten Hornschicht und einer zweiten, nämlich der sehr stark in die Kutis gewucherten Stachelschicht. Die erste Schicht ist offenbar erst durch die Präparation in hochaufstrebende, säulenartige Hornfortsätze auseinandergewichen. Bei starker Vergrößerung sieht man, daß diese pallisadenförmigen Gebilde aus vielen übereinandergeschichteten Zellagen bestehen, welche zusammen etwa

Digitized by Google

100mal so hoch sind, wie die normale Hornschicht. Diese säulenartigen Gebilde setzen sich auf eine gewucherte Stachelschicht auf und bauen sich aus Hornzellen, welche zum Teil hochgradig geschwollen sind und dazwischen eingelagerten Leukozytenherden auf. Jede einzelne von diesen Säulen besteht aus einer Summe von über die Fläche gebogenen, kleinen Hornlamellen, welche nach außen konvex und nach innen konkav sind. Jede höhere dieser Lamellen sitzt mit ihrer konkaven der konvexen Seite der untern Hornlamelle fest auf, etwa wie Hüte aufeinander gestapelt zu werden pflegen. Im ganzen hat also eine jede Säule einen geschichteten und zugleich kuppelförmigen Bau. Wo im Präparate mehrere dieser Säulen aneinander haften geblieben sind, bemerkt man, daß die sie miteinander verbindenden Hornlamellen umgekehrt gebogen sind, mit der Knickungsstelle nach unten, mit dem offenen Winkel nach oben, so daß die Hornlamellen zwischen den Säulen ineinandergesteckten Tüten gleichen. Es fällt sofort auf, daß diese Hornsubstanz zwischen den Säulen aus lauter dünnen, kompakten, nicht geschwollenen Hornzellen besteht.

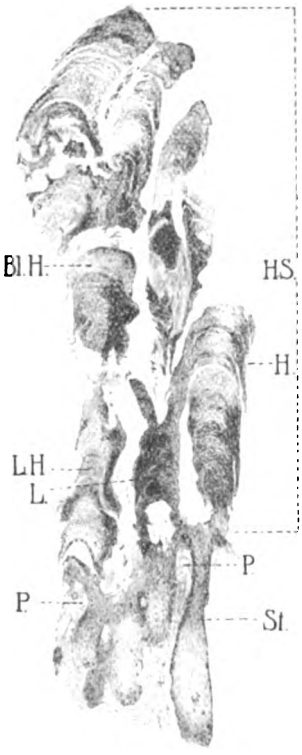


Fig. 1.

H S. = Hornsäulen, H. = Lagerung der Hornlamellen zueinander deutlich sichtbar, P = hypertrophische Papillen als Fundament der Hornsäulen, Bl.H. = bläschenförmig gequollene Hornzellen. L.H. = lufthaltige Hornzellen, L. = Leukozyten, St. = Stachelschicht.

Man kann diese ganze veränderte Hornsubstanz mithin als einen regelmäßigen Wechsel von geschwollenen, kuppelförmigen, in die Höhe getriebenen Hornzellen und dünnen nach der Tiefe eingeknickten Hornlamellen beschreiben. Vergleicht man nun diese wechselnden Partien der Hornsubstanz mit der darunterliegenden Oberhaut und Kutis, so ergibt sich, daß die Säulen als Fundamente stets eine Papille besitzen, während die Zwischensubstanz sich aus der Tiefe der interpapillären Stachelschicht erhebt. Diese merkwürdige Umwandlung der Hornzellen ist mithin die Folge der stärkeren Zufuhr von Ernährungsflüssigkeit, welche von den Papillen in die Hornmasse aufsteigt. Hiermit stimmt es gut überein, daß die herdförmigen Leukozyteneinlagerungen ebenfalls nur innerhalb der Säulen, oberhalb der Papillen sich befinden. Der ganze bisher geschilderte Aufbau der Hornschicht entspricht genau dem Aufbau der Hauthörner des Menschen, wie er schon lange bekannt und gut beschrieben ist. Man hat ihn auch wohl die Markbildung innerhalb der Hauthörner benannt und ihn mit der Markbildung der Tierhörner verglichen. Tatsächlich handelt es sich aber um einen anderen, einen pathologischen exsudativen Prozeß an der Oberfläche einer durch Akanthose und Hyperkeratose stark verdickten Haut. Die Akanthose schafft erst

Digitized by Google

ein dickes Epithelpolster, wie wir es in Fall Dermatitis verrucosa vom Pferd beschrieben haben, welches von der Oberfläche auf die oberen Teile der Haarbälge übergreift. Alles andere ist Folge der hinzutretenden Hyperkeratose, d. h. eines abnorm starken Zusmmenhaltens der Hornzellen, welche notwendig zu einer Aufstaplung derselben führen muß. An den mehr trockenen Stellen der Oberhaut, speziell auch den Ausführungsgängen der Haarbälge entsprechend, steigt die Verhornung in die Tiefe, indem sie von oben her die Stachelschicht einengt. An Stelle der Papillen dagegen, über den saftreichen Stellen der Stachelschicht, bilden sich sekundäre pathologische Veränderungender schon gebildeten Hornschicht aus, die wir soeben als kuppelförmig geschichtete Säulen beschrieben haben. Mit den elementaren Veränderungen der Hornzellen an diesen Stellen müssen wir uns noch kurz beschäftigen.

Die markähnliche Erweichung der Hauthörner und hauthornähnlichen Bildungen, welche schon VIRCHOW bekannt war und 1879 von UNNA ausführlicher beschrieben ist, hat früher viel Auffälliges besessen. Es war eben schwer, sich zu denken, daß völlig verhornte Zellen durch ein seröses Exsudat in sehr große, blasenähnliche, mit Flüssigkeit gefüllte Höhlen umgewandelt werden. Dieser Vorgang wurde schon einigermaßen erklärt, als UNNA fand, daß die Verhornung gar nicht die ganze Hornzelle befällt, sondern nur einen peripheren Randsaum der Zelle. Das genauere Detail dieser Hornerweichung wurde aber erst vollkommen verständlich, als UNNA und GOLODETZ nachwiesen, daß das Innere der Hornzellen zum größten Teil von einem leicht löslichen, albumosenartigen Eiweiß erfüllt ist. Diese Hornalbumosen sind in Wasser leicht löslich, können aber mit den Eiweißkörpern der Lymphe körnige Niederschläge ergeben. Je nachdem nun der Hornzelleninhalt mit mehr oder weniger Lymphe in Berührung gekommen ist, kann die Schwellung eine ganz rein seröse homogene, oder eine mehr körnige sein. Beide Formen finden wir in buntem Wechsel in den kugelförmigen Schichten vor. Die körnigen Präzipitate in manchen Hornzellen hat UNNA beim Hauthorn schon im Jahre 1879 unter dem Namen der „nukleären Degeneration" beschrieben, da die Eiweißkörnchen in ihrer Tingibilität mit Kernbröckeln Ähnlichkeit hatten. Natürlich sind diese Eiweißniederschläge in den Hornzellen nicht mit wirklichen Kernbröckeln der in die Oberhaut eingewanderten und bei der Verhornung mit vorgeschobenen Leukozyten zu verwechseln. Selbstverständlich kann es durch den Prozeß der serösen Durchtränkung der Hornzellen zu einer völligen Auslaugung derselben kommen. Es entstehen dann geradezu lufthaltige Zellen, deren Wände ein Zusammenfallen der Zellen verhindern.

Die Veränderungen in der Oberhaut und Kutis unterhalb dieser Horngebilde bestehen in einer starken Gefäßerweiterung und Blutüberfüllung des Papillarkörpers, wobei die Papillenköpfe mächtige Kapillar-

Digitized by Google

erweiterungen zeigen, sodann in der schon erwähnten Akanthose der Stachelschicht der Oberfläche und der oberen Teile der Haarbälge. An einigen Stellen, nämlich ebenfalls oberhalb der Papillenköpfe, treten in der Stachelschicht intrazelluläre Lücken auf, die hier und da das bekannte Bild der Spongiose, einer schwammähnlichen Veränderung der Stachelschicht, ergeben. In der Kutis findet sich eine leichte Hypertrophie der Spindelzellen, die aber nicht zur Bildung von Plasmazellen führt. Mastzellen kommen nur selten vor. Eine Kokkenansammlung in den höheren Lagen der Hornschicht, wie beim Ekzem, ist nicht vorhanden.

Fassen wir kurz zusammen, so handelt es sich um einen einfach serös entzündlichen Prozeß der Haut, bei welchem die Oberhaut zunächst eine einfache Verdickung zeigt und weiterhin durch Hinzutreten von Hyperkeratose zu einer hornhautähnlichen Auftürmung der Hornschicht führt. Die seröse Exsudation hat nicht den Charakter des Ekzems, sondern den einer einfachen Entzündung. Die Bezeichnung als „Dermatitis chronica" ist also durchaus berechtigt.

6. Dermatitis verrucosa vom Pferd.

Das mir von diesem Fall zur Verfügung vorliegende Stück zeigt nur an einzelnen Stellen die Hornschicht in Gestalt einer dicken Kruste erhalten. Diese zeigt ein sehr verschiedenes Verhalten. An einzelnen Stellen besteht sie nur aus kernhaltiger Hornschicht (Parakeratose), in der sich mit basischen Farben nur die Kerne färben. An anderen Stellen, die sich mit Methylenblau grün färben, enthält die Hornschicht Einsprengung von geronnenem Serum und Fibrin. In diese hinein wuchern nun von oben her bedeutende Schwärme von Kokken, die sich mit Methylenblau blauschwarz färben. Stellenweise folgen nun innerhalb der Kruste schichtenweise mehr hornige oder mehr fibrinöse Lagen. Diese Verschiedenheit wird noch durch die unregelmäßigen Einsprengungen erhöht. Ich mache auf diesen Punkt besonders aufmerksam, weil der Fall von „chronischer Dermatitis" dieselbe schichtenweise Anordnung der Kruste in noch viel größerem Maße zeigen wird. Wo die Krusten im ganzen abgefallen sind, findet eine mehr oder weniger tiefgehende Nekrose der obersten Stachelzellen mit Zell- und Kernzerfall und Einwanderung verschiedener Eiterorganismen statt. Dort, wo die Krusten besonders viel Serum enthalten, lagern sie einer in ihren höheren Lagen spongiotisch veränderten Stachelschicht auf. Größtenteils bildet die Basis eine einfach hyperkeratotische Stachelschicht. Diese Hypertrophie der Stachelschicht ist nun aber in einem besonders hohen Grade auf der ganzen erkrankten Partie ausgebildet und führt zu verschiedenartigen Gestaltungen derselben. Hier müssen wir in erster Linie solche, welche viel Haare zeigen, von jenen unterscheiden, die relativ haarfrei sind. An den letzteren kommt

Digitized by Google

es zunächst zu einer sehr dicken, suprapapillären Stachelschicht von etwa 40 bis 50 übereinandergeordneten Lagen von Stachelzellen, in welche von unten her nur einzelne sehr schmale Papillen verschieden weit hineindringen.

Wo dagegen viele Haarbälge getroffen sind, befällt die Akanthose eigentlich nur deren obersten Teil, so daß von einer dickeren suprapapillären Stachelschicht nicht gesprochen werden kann. Die wuchernde Epithelmasse ist hier gleichsam in die Ausführungsgänge der Haarbälge versenkt, die dadurch fast bis zur Berührung angeschwollen sind. Die zwischen ihnen ausgesparten sehr dünnen Papillen sind sehr reich an Mastzellen, die sich durch verwaschene Höfe auszeichnen. Bei den nach der Pappenheim-Unnaschen Methode gefärbten Schnitten fällt unterhalb des Epithels ein Zellinfiltrat auf, das, wenn auch aus sehr spärlichen, aber um so schöner ausgebildeten Plasmazellen zusammengesetzt ist. Neben den pflastersteinförmigen, wohlausgebildeten Plasmamutterzellen finden sich auch Plasmatochterzellen und Übergangsformen zu Spindelzellen. Da in der Tierpathologie diese Zellen noch weniger bekannt sind, mögen einige historische Notizen darüber hier am Platze sein.

Die Plasmazellen wurden bekanntlich von Unna im Jahre 1892 entdeckt. Nach Unna sind die Plasmazellen Bindegewebszellen, welche sich von den übrigen Bindegewebszellen durch ihren Reichtum an Granoplasma unterscheiden. Unna sagt: „Die Plasmazellen sind im großen und ganzen als einseitig hypertrophische Bindegewebszellen zu definieren, in denen der körnige Bestandteil des Protoplasmas (Granoplasma) maximal vermehrt ist.“ Unna und Golodetz konnten neuerdings zeigen, daß letzterer aus einer Albumose, der Zytose, besteht. Was die Herkunft der Plasmazellen anbelangt, so zeigt die mikroskopische Untersuchung, daß sie aus gewucherten Bindegewebszellen entsteht, und daß nur diese histogene Abstammung als die einzig mögliche anzusehen ist.

Wir finden in unserem nach der Pappenheim-Unnaschen Methode gefärbten Präparat, bei Betrachtung eines Plasmoms mit starker Vergrößerung, neben wohlausgebildeten pflastersteinförmigen Plasmazellen folgende aus Bindegewebszellen sich ableitende Übergänge: an einer Stelle trifft man auf eine Spindelzelle, die noch mit einem langen Ausläufer mit der aus ihr sich abschnürenden, kubisch geformten Plasmazelle in Verbindung steht. Daneben findet man Stellen, an welchen sogenannte Brutzellen vorkommen. Die Brutzellen sind stark aufgetriebene Spindelzellen mit Ansammlung von Granoplasma im Zellenleib und von Chromatin in den häufig vermehrten Kernen. Die aus der Brutzelle entstandenen vier Plasmazellen lösen sich aus ihrem gegenseitigen Verbande los; die sie zuerst noch verbindenden Ausläufer bilden sich zurück; die Plasmazellen liegen dann als voneinander getrennte, kubische Zellen nebeneinander.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Actas dermo-sifiliograficas.

Dezember 1914 bis Januar 1915, 7. Jahrgang, Nr. 2.

1. Die Pasten von Dohi und Joseph in der Dermatologie, von E. Alvarez Sáinz de Aja und M. Forns y Contera. Eitrige Ekzeme werden durch die genannten Pasten außerordentlich rasch geheilt, wenn vorher die Krankheitsherde durch Umschläge gereinigt und desinfiziert wurden. Bei intertriginösem Ekzem wird die Exsudation vermindert; sind sie im erosiven Stadium, so heilen die Substanzverluste in kurzer Zeit. Auf seborrhoische Ekzeme haben die Pasten aber geradezu elektive Wirkung; jene, namentlich wenn sie Gelenkfalten befallen, sind daher auch die Hauptanwendungsgebiete. Bei Ekzem aus äußeren Ursachen (professionelle Ekzeme) werden die einzelnen Schübe zur Abheilung gebracht, doch werden die Rezidive nicht verhindert. Nässende Ekzeme aus innerer Ursache (Autointoxikation) können nur durch innerliche Behandlung geheilt werden; die Pasten können nur die Symptome beseitigen.

2. Technik der intravenösen Neosalvarsaninjektionen, von Juan de Azúa. Angabe eines Instrumentariums. Durch Einschaltung eines Kristallstückes soll erkannt werden, ob die Nadel richtig in der Vene liegt und soll die Injektion eines Blutgerinnsels vermieden werden.

3. Über einen Todesfall durch graues Öl, von José S. Covisa. Die 39jährige Patientin hatte wegen syphilitischer Kopf- und Gelenkschmerzen sechs Injektionen von grauem Öl bekommen. Als sie in die Behandlung des Verfassers kam, wies sie eine schwere ulzeröse merkurielle Stomatitis auf. Unter lokaler Behandlung besserten sich die Geschwüre, nur eines, auf dem hinteren Zungendrittel, blieb resistent. Infolge der dadurch bedingten schlechten Zirkulationsverhältnisse schwollen die beiden vorderen Drittel enorm an, so daß schließlich die Zunge weit aus der Mundhöhle herausragte. Gleichzeitig stellte sich Trismus ein, so daß die Zähne sich in die Zunge einbohrten und der Kranken große Schmerzen bereiteten. Durch lokale Behandlung wurde aber schließlich auch die Zungenulzeration günstig beeinflußt und die derbe Schwellung ging zurück. Dagegen breiteten sich die weiter hinten befindlichen Geschwüre aus, griffen auf den Kehlkopf über und verursachten Atembeschwerden und Erstickungsanfälle. Einem solchen erlag die Kranke plötzlich eines Nachts, als sie ein Glas Milch trinken wollte. Die inneren Organe (Nieren) waren völlig intakt.

4. Zwei Todesfälle durch graues Öl, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Der erste Fall betraf eine 35jährige Patientin, die wegen syphilitischer Meningomyelitis fünf Spritzen von grauem Öl erhielt. Es stellte sich Albuminurie und schwere Stomatitis mercurialis ein. Da der Allgemeinzustand eine energische Therapie verlangte, wurde Salvarsan gegeben. Die syphilitischen Erscheinungen, aber auch die Ulzerationen im Munde und die Albuminurie gingen zurück. Dagegen stellten sich Blutungen im Rachen und Blutbrechen ein, denen Patientin schließlich erlag.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 26jährige Frau, die mit drei Spritzen grauen Öls behandelt worden war. Bei der Aufnahme litt sie an schwerer Stomatitis und Albuminurie. Durch lokale Therapie wurde bedeutende Besserung erzielt, als plötzlich wieder Verschlimmerung eintrat. Es trat enormer Speichelfluß und hochgradige Schwellung der hinteren Rachengebilde auf: Patientin konnte nicht schlucken und bekam schließlich starke Atemnot, die eine Tracheotomie notwendig machte. Der Zustand

Digitized by Google

verschlechterte sich ständig, die Albuminurie stieg, es traten Durchfälle auf, und schließlich starb die Kranke.

5. Eine Amme mit multiplen syphilitischen Schankern der Brustwarze durch einen Erbsyphilitischen, von I. Artadi. Eine 48jährige Frau nahm neben ihrem Kinde noch das von Nachbarn an die Brust; ersterem gab sie die rechte, letzterem die linke Brust. Nach $1^1/_2$ Monaten traten an der linken Brust und Brustwarze Geschwüre auf, die unter einfacher Therapie nicht heilten. Deshalb ging die Patientin nach Madrid; es fanden sich sechs typische harte Schanker an der Basis der Warze, in der Areola und auf der Haut der Mamma. Sie waren teils seicht, teils vegetierend; die Achseldrüsen waren typisch geschwollen. Heilung durch Quecksilberbehandlung. Die Ausforschung ergab, daß das Pflegekind Geschwüre an den Beinen, Händen und an der Genitoanalregion hatte; die Mutter hatte zweimal abortiert. Das Kind der Patientin war auch angesteckt worden.

6. Phagedänische venerische Schanker des Anus und der Interglutäalfurche, von M. Forns. Die 22jährige Prostituierte war gelegentlich eines perversen Geschlechtsaktes am After infiziert worden; in der Absicht, dies zu verheimlichen, unterzog sie sich keiner Behandlung, so daß die Läsionen enormen Umfang annehmen konnten. Es fanden sich fissuriforme weiche Schanker am Anus, sowie Inokulationsgeschwüre in der Rima ani; diese hatten schließlich ein handtellergroßes, phagedänisches, stark nekrotisch belegtes Geschwür gebildet, das wie ein Dekubitus aussah. Heilung durch lokale Therapie.

7. Akute Enzephalitis nach Neosalvarsan, von Ramiro González Agustina. Der 49jährige Patient mit einer 22 Jahre alten Syphilis wurde von einem korymbiformem papulo-pustulösem Syphilid befallen. Er erhielt innerhalb von 14 Tagen drei Spritzen graues Öl und drei intravenöse Neosalvarsaninjektionen zu 0,3, 0,45 und 0,6. Vier Stunden nach der letzten Schüttelfrost, Atemnot und Zittern. Am nächsten Tage heftige Kopfschmerzen, Unwohlsein, Erbrechen, häufig wiederkehrende klonische Krämpfe, völlige Obstipation. Am folgenden Tage noch Kopfschmerzen, die Krämpfe weniger häufig, Erbrechen selten. Die bedrohlichen Erscheinungen schwanden in wenigen Tagen völlig.

8. Ein Fall von follikulärem papulo-akneiformem Syphilid, von spinulösem Aussehen auf dem Halse und dem Stamme, von E A. Sáinz de Aja. Der Patient hatte außer anderen syphilitischen Symptomen ein miliär-papulöses Syphilid von follikulärem, akneiformem Charakter. Auf dem Halse, den Schultern und dem Stamme zeigten die Läsionen folgende Eigentümlichkeit: sie bestehen an der Basis aus einer der Farbe, der Topographie und der Konsistenz nach typischen Mikropapel, von deren Zentrum sich ein feiner, derber, 4—5 mm langer Hornstachel erhebt. Beim Darüberfahren hat man das Gefühl von Rauhigkeit, stellenweise von Stechen. Diese Stacheln fanden sich nur auf den Syphiliden, nirgends sonst auf dem Körper.

9. Duhringsche Dermatitis. Psoriasis mit Enesol geheilt, von Cebrián. 1. Der 32jährige Patient wird in regelmäßigen Abständen von 3—4 Monaten an den Händen und Füßen, unterem Drittel der Vorderarme, selten an Handteller und Fußsohlen von einer polymorphen, erythematösen, papulösen, urtikariellen, papulopustulösen und vesikulösen Eruption befallen. Die Anfälle werden von Brennen eingeleitet und begleitet; daneben bestehen Allgemeinerscheinungen wie Unwohlsein, Kopfschmerzen, seltener Fieber.

2. Verfasser hat zwei Fälle von Psoriasis mit 22 bzw. 20 intramuskulären Injektionen zu 0.03 Enesol geheilt.

10. Ulzeröse Syphilis mit Neosalvarsan behandelt, von I. Sanz de Grado. Syphilitische Geschwüre im Gesicht, am Kopfe, linken Arm, rechten Ellenbeuge, Bauche,

Digitized by Google

Brust, Penis und Beinen bei einem 22jährigen Manne. Prompte Heilung durch kombinierte Behandlung.

11. Ein Fall von Intoleranz gegen Quecksilber, von A. Hernández Vázquez. Zu kurzem Referate nicht geeignet. R. Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne", von Hugo Bach. (Würzburg 1915, Curt Kabitzsch.) Verfasser will in dieser Abhandlung einen kurzen Überblick über das zur Verwendung der künstlichen Höhensonne Wissenswerte geben. Nach einer Beschreibung des Apparates folgt eine kurze Darstellung der Entwicklung der Quecksilberquarzlampen und ihrer Wirkungen. Es wird besonders hervorgehoben, daß das Ultraviolettlicht zwar leichte Konjunktivitis hervorrufen kann, daß aber weder die Augen noch der Gesamtorganismus durch die Strahlen geschädigt werden. Bei örtlichen Bestrahlungen wird das erstemal bei 50 cm Lampenabstand durch drei Minuten belichtet; die weiteren Sitzungen folgen in Zwischenräumen von 2—4 Tagen und werden jedesmal um drei Minuten ausgedehnt bis nur Höchstdauer von 30 Minuten. Allgemeinbestrahlungen werden in derselben Weise ausgeführt, nur ist der erste Lampenabstand mit 1 m zu bemessen; er wird dann bei jeder Sitzung um 10 cm bis zu $^1/_2$ m verringert. Nach 12—15 Sitzungen wird zweckmäßig eine Pause von 3—4 Wochen eingeschaltet. Diese Angaben sind so gemacht, daß selbst bei empfindlichster Haut keine zu starke Reaktion eintritt; im übrigen muß natürlich je nach der Empfindlichkeit der Haut in Lampenabstand und Bestrahlungsdauer gewechselt werden. Dünne Epidermis, trockene, leicht schwitzende, blasse und rote Haut reagiert im allgemeinen leichter auf ultraviolette Strahlen als dicke Epidermis, fette, schwer oder nicht schwitzende und pigmentierte Haut. In erster Linie maßgebend ist die Dicke der Epidermis. Eine Haut, die sich auf Streichen rötet, ist ebenfalls leichter reaktionsfähig auf ultraviolette Strahlen. Schwer reagierende Haut kann durch Wärmestrahlen (Glühlampenring) und Badekuren, besonders Moorbäder, infolge der Besserung der Hautzirkulation für ultraviolette Strahlen sensibilisiert werden.

Bei der ersten Sitzung haben die Kranken sowohl bei allgemeiner, wie bei lokaler Bestrahlung zuerst keine Empfindung, dann stellt sich allmählich Wärmegefühl, bei längerer Bestrahlung leises Prickeln, bei stärkster Bestrahlung Brennen ein. Nach 2—3 Stunden kommt wieder leises Prickeln oder Brennen, das aber in 2—3 Tagen schwindet. Objektiv sieht man während der ersten Bestrahlung meist nichts; nur bei sezernierenden Wunden bemerkt man ein Eintrocknen. Nachher tritt Rötung der bestrahlten Stelle auf, die sich bei stärkster Bestrahlung bis zur Blasenbildung steigern kann; nach 2—3 Tagen schwindet die Rötung und geht in Pigmentierung über. Nach starker Rötung und Blasenbildung schält sich die Haut. Bei den folgenden Bestrahlungen schwinden die objektiven und subjektiven Hautreaktionen allmählich, die Haut wird immer brauner. Nur nach langen Pausen oder nach sehr starken Bestrahlungen kann sich die Wirkung der ersten Bestrahlung wiederholen. Schädigungen der Haut sind aber selbst bei stärkster, bis zur Blasenbildung getriebener Bestrahlung ausgeschlossen, da die ultravioletten Strahlen höchstens $^1/_2$ mm tief eindringen. Auch auf das Allgemeinbefinden wirken die Bestrahlungen günstig ein. Während der Sitzung tritt ein Beruhigungsgefühl ein, der Puls wird gleichmäßiger und voller, die Atmung tiefer. Nachher stellt sich ein Gefühl von Frische ein, Schlaf und Appetit werden besser. Objektiv läßt sich vollerer Puls, tiefere Atmung, Herabsetzung des Blutdruckes, Vermehrung der Diu-

Digitized by Google

rese feststellen. Wahrscheinlich wird der Sympathikus direkt beeinflußt. Zu starke Allgemeinbestrahlungen können Kopfschmerzen, Ohrensausen, Mattigkeit hervorrufen.

Im zweiten Teile bespricht Verfasser die zahlreichen Krankheitsformen, bei denen die Höhensonne therapeutisch in Anwendung kam; hier interessieren natürlich nur die dermatologischen. Bei Lupus sind neben örtlichen Bestrahlungen allgemeine sehr zu empfehlen. Gute Erfolge wurden erzielt bei Geschwüren, Brandwunden, Akne, Furunkulose, Rhinophym. Auch eine Psoriasis konnte in sechs Sitzungen geheilt werden. Pruritus wurde prompt beseitigt. Bei Ekzem wurde die Höhensonne verschiedentlich angewendet und auch günstige Resultate erzielt; gegenteilige Beobachtungen sind vielleicht auf unrichtige Bestrahlung zurückzuführen. Weitere Anwendungsgebiete sind Lichen, Seborrhoe, Alopezie, Sykosis, Vitiligo.

Im ganzen gibt einem das Heftchen allerhand Anregungen und die Hoffnung, ein neues therapeutisches Rüstzeug für verschiedene rebellische Dermatosen gewonnen zu haben. R. Frühwald-Leipzig.

Spekulation und Mystik in der Heilkunde, von Friedrich v. Müller (Lindauersche Buchhandlung. München 1914). In seiner Rektoratsrede gibt Verfasser einen Überblick der leitenden Ideen in der Heilkunde, die das vergangene Jahrhundert hervorgebracht hat. Muß im Originale nachgelesen werden. R. Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Zur sexuellen Anästhesie des Weibes, von J. Sadger-Wien. (Fortschr. d. M., 1914, Nr. 32.) Die vorliegende Arbeit ist eine psychoanalytische Studie. Der Verfasser schildert ausführlich an einem Beispiel die seelischen Vorgänge, die sich bei Frauen, welche an psychischer Anaphrodisie leiden, während des geschlechtlichen Verkehrs abspielen. Er hält den veröffentlichten Fall für ein typisches Beispiel, für eine ganze Gruppe in dieser Hinsicht kranker Frauen. Die meisten — ja wohl alle — treiben Onanie. Sadger sucht die ätiologische Grundlage in verdrängten Inzestwünschen auf den eignen Vater oder eventuell auf einen Bruder. Die Lektüre des Originals ist zu empfehlen, wenngleich man wohl nicht in allen Punkten der Psychoanalyse unbedingt derselben Ansicht sein dürfte wie der Verfasser. Im Rahmen eines Referates läßt sich das nicht wiedergeben. O. Lasch-Breslau.

Praecocitas adrenalis, vorzeitige Entwicklung der äußeren Genitalien im Gefolge von Hypernephroma der Nebennierenrinde, von J. F. Baldwin-Columbus. (J. Am. m. Assoc., 26. Dezember 1914.) Es handelte sich um einen Knaben von fast sechs Jahren, bei dem man etwa ein halbes Jahr vor der Aufnahme eine Anschwellung des Abdomens bemerkt hatte. Mit drei Jahren hatte der Knabe am Gesicht und den Pubes männliche Behaarung zu entwickeln angefangen; die Stimme war die eines Erwachsenen, und der Penis ebenso. Die Diagnose wurde auf Tumor der Nebenniere gestellt, was bei dem wenige Wochen später erfolgten Tode bestätigt wurde. Es fanden sich ein Hypernephrom der linken Nebenniere von etwa 15 Pfund Gewicht und beginnende Tumorbildung an der rechten Nebenniere sowie Metastasen in der Leber und Lunge. A. Philippi-Salzschlirf.

Aufenthaltsort und Harnleiden, von Artur Grünschild-Wien. (Zsch. f. Krankpfl., 1915, Nr. 8—9.) Gr. bespricht zunächst den Einfluß von klinischen und geologischen Verhältnissen auf die Entstehung von Harnleiden. Dann erörtert er aus-

Digitized by Google

führlich die allgemeine physikalische, diätetische und klimatologische Behandlung und Pflege von Nieren- und Blasenkranken. H. Boehme-Leipzig.

a. Penis, Urethra, Blase.

Sectio alta und ein neues Verfahren für Blasennaht, von Giacomo de Francisco-Pavia. (Bolletino d. Clin., November 1913.) In der Gazetta medica Italiana (12. Juni 1913) berichtet Verfasser über sieben Fälle von Entfernung von Blasensteinen vermittels der von seinem Lehrer Tansini modifizierten Sectio alta — alle Fälle bei den im Alter von 25—75 Jahren stehenden Patienten hatten einen glücklichen Ausgang — und legt dabei besonderen Wert auf die Ausführung der Blasennaht. Durch die Naht mit kleinen Stichen nach Lembert, deren Köpfe man lang läßt, damit sie als Kapillardränierung dienen und dann herausgezogen werden können, gibt es die günstigsten Bedingungen für das Zusammenfügen der Blasenwunde. E. Rossen-Wiesbaden.

Dränage der Blase nach suprapubischer Operation, von Ch. H. Chetwood-New York. (M. Record, 4. April 1914.) Bei einem Patienten, der außerordentlich stark war, über 300 Pfund wog und eine Dicke der Bauchwand von beinahe 10 cm hatte, wurde eine suprapubische Operation vorgenommen, um die vergrößerte Prostata und Blasensteine zu entfernen. Um die Blase leer und die Blasenwunde sauber zu erhalten, hat Verfasser an das Dränagerohr einen Aspirationsapparat angeschlossen, der durch die hydraulische Kraft der Wasserleitung betrieben wurde. Um jeder Gefahr dabei aus dem Wege zu gehen, hat er ein Manometer in den Schlauch eingeschaltet und unter steter Überwachung anfänglich dauernd, späterhin nur zeitweise aspiriert und dadurch eine glatte Heilung binnen drei Wochen erreicht. W. Lehmann-Stettin.

Die Radikalexstirpation des Veru montanum, von A. G. Rytina-Baltimore. (J. Am. m. Assoc., 2. Januar 1915.) Da das Veru montanum oftmals Sitz einer chronischen infektiösen Entzündung ist, und die Applikation von Medikamenten an dieser Stelle meist als schwierig und vielfach ohne Erfolg sich erweist, hat Verfasser ein Instrument konstruiert, das die vollständige Entfernung des Organs mit Zuverlässigkeit und ohne besondere Schwierigkeiten ermöglicht. Der hier besprochene und abgebildete Apparat besteht im wesentlichen aus einem urethralen Endoskop, welches ein Fenster hat zur Aufnahme und zum Festhalten des Kollikulus. Das Endoskop ist ferner mit einer inneren Kanüle versehen, deren dem besagten Fenster entsprechender Rand als Messer geschliffen ist. Durch Drehung der inneren Kanüle um 180° bei guter Einstellung des Organs wird letzteres glatt in toto abgetragen. Verfasser hat bei 18 Fällen schon erfolgreich operiert. Zur Ergänzung der äußerst spärlichen Literatur über die pathologische Anatomie des Veru montanum schildert er den histologischen Befund eines solchen Präparates, das hauptsächlich chronisch entzündliche Prozesse aufweist.

A. Philippi-Salzschlirf.

Weiches Gewächs der Harnblase, von E. G. Ballenger und O. F. Elder-Atlanta. (J. Am. m. Assoc., 13. Februar 1915.) Verfasser publizieren das Photogramm eines aus der Harnblase operativ entfernten benignen Papilloms mit einem Durchmesser 6,6 cm und das Röntgenbild der mit steriler Luft angefüllten Blase vor der Operation. Das Vorhandensein eines Tumors war durch die zystoskopische Untersuchung festgestellt worden, aber erst die Röntgenuntersuchung ließ dessen Umfang erkennen und veranlaßte den chirurgischen Eingriff. Im Falle eines Rezidivs soll die Fulguration zur Anwendung kommen. A. Philippi-Salzschlirf.

Divertikel der Harnblase, von W. E. Lower-Cleveland. (J. Am. m. Assoc., 5. Dezember 1914.) Wie Verfasser bei verschiedenen hier mitgeteilten Fällen konstatiert hat, gelingt die operative Abtragung solcher Ausbuchtungen sehr viel leichter, wenn man

Digitized by Google

sie durch festes Ausstopfen mit schmalen Gazestreifen genau abgrenzt. Außerdem hebt L. die Bedeutung von Röntgenbildern, die unter Verwendung von Kollargolinjektionen aufgenommen sind, hervor. Zur Entstehung dieser Anomalien äußert er sich dahin, daß kongenitale Divertikel wohl eine große Ausnahme bilden dürften, und daß der Prozeß fast immer durch ein Hindernis in der Urinentleerung hervorgerufen ist.

A. Philippi-Salzschlirf.

Myiasis der Harnwege, von E. F. King-Washington. (J. Am. m. Assoc., 26. Dezember 1914.) Das Auftreten von Fliegenlarven in der menschlichen Urethra ist zwar nur in seltenen Fällen aber doch zuverlässig schon berichtet worden. Ein von K. an Urethritis posterior chronica behandelter Bauer brachte eines Tages eine Urinprobe, in welcher ein ungewöhnlicher Körper sich befand, der später als eine Larve von einer Fliegenart, Faunia scolaris, erkannt wurde. Er gab an, während des Arbeitens plötzlich einen sehr intensiven Urindrang empfunden zu haben, worauf die Larve mit dem Urinstrom aus der Harnröhre ausgestoßen wurde. Es seien am Tage zuvor und auch zehn Tage früher ebensolche Gebilde entleert worden. A. Philippi-Salzschlirf.

Syphilis der Blase, von Lévy-Bing und Duroeux. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 1.) Eine klinische Darstellung der Syphilis der Blase in der Sekundär- und Tertiärperiode ohne neue Kasuistik. A. Gunsett-Straßburg.

b. Hoden- und Samenbläschen.

Die Lymphableitung des Skrotums, von Kondoleon. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 39.) Bei einem 38jährigen Manne mit Peniskarzinom bildete sich acht Tage nach der Ausräumung der Inguinaldrüsen beiderseits und der Amputation des Penis ein großes lymphatisches Ödem des Skrotums. K. operierte in der Weise, daß er die tiefe, sehr verdickte Faszie in der Länge des Hautschnittes und in einer Breite von zwei Querfingern entfernte, die Tunica vaginalis — ganz wie bei der Operation der Hydrozele — umstülpte. Keine Naht in der Tiefe, fortlaufende Hautnaht ohne Drainage. Innerhalb weniger Tage schwand das harte Ödem vollkommen. K. empfiehlt dieses Verfahren für diejenigen Fälle echter Elefantiasis des Skrotums, welche das erste Stadium des Leidens darstellen und eine reine Lymphstauung ohne vorgeschrittene Sklerose des Bindegewebes aufweisen. E. Brinitzer-Altona.

Die transversale Inzision bei Skrotumoperationen, von George Morris Dorrance-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 7. Februar 1914.) An der unteren Hälfte des Skrotums laufen die oberflächlichen Gefäße und Nerven meist transversal. Zur Schonung dieser Organe ist daher der transversale Schnitt zu empfehlen.

H. Fendt-Wiesbaden.

Zur Behandlung der sexuellen Impotenz, von P. Lissmann-München. (Neurolog. Zbl., 1914, Nr. 7.) Nur Fälle rein nervöser Impotenz, nicht solche, die die Folgen organischer Störungen (Prostatitis, Blennorrhoe, Tabes usw.) sind, zieht Lissmann in den Bereich seiner Darstellung. Wir wollen die allgemeinen Betrachtungen des Verfassers nicht näher besprechen, sondern gleich auf den Kernpunkt der vorliegenden Arbeit kommen, d. i. die Behandlung der Erektionsschwäche infolge einer Erschöpfung der Kohabitationszentren; dort wo diese das einzige oder mindestens das primäre Symptom der sexuellen Impotenz darstellt, glaubt der Verfasser therapeutisch viel erreichen zu können. Zunächst verordnet man den erschöpften Sexualzentren eine absolute Ruhe; hierzu gehört nicht allein das Verbot der aktiven Betätigung, sondern auch der dringende Rat, jeder die geistige Sexualtätigkeit anregenden Gelegenheit aus dem Wege zu gehen. Von den sonst oft angepriesenen Methoden (Elektrisierung extra- und intraurethral, Ätzung des Colliculus seminalis, Vibration mittels Steinsonden) hält der Ver-

Digitized by Google

fasser im allgemeinen nicht viel. Dagegen hat er mit dem Yohimbin, und zwar in Form von epiduralen Injektionen, gute Erfolge zu verzeichnen. Die von vielen Verfassern behauptete rein suggestive Wirkung des Yohimbins scheint dem Verfasser hinreichend durch die Erfolge der Tierärzte, nach deren Mitteilung es oft gelang, deckfaule Hengste oder sprungfaule Bullen durch subkutane Yohimbininjektion zu sexueller Betätigung zu bringen, widerlegt. Lissmann selbst hat in Fällen, in denen die Verabreichung des Mittels per os oder subkutan versagt hatte, mit epiduralen Injektionen bisweilen volle, oft gute Erfolge erzielt, wenngleich er auch in neun Fällen von 34 selbst nach vier und fünfmaligen epiduralen Injektionen Versager hatte. Im allgemeinen gelang es mittels 2—3 Injektionen den Patienten zu 2—4maligem regulären Coitus pro mense zu verhelfen, auch wenn sie schon $1^1/_2$ Jahre oder länger infolge mangelnder Erektionsfähigkeit hatten nicht koitieren können. Bei einzelnen Kranken war nach sechs Monaten eine Wiederholung der Kur notwendig, bei anderen hielt die Wirkung bis zu zwei Jahren an. Lissmann injiziert streng aseptisch 30 ccm Kochsalzlösung, denen 10—15 Tropfen einer 2%igen Yohimbinlösung beigefügt sind, epidural, und zwar in 3—6tägigen Pausen unter steter Kontrolle der Nieren. Der Verfasser bezieht die Injektionsflüssigkeit in drei verschiedenen Stärken, in fertigen Ampullen sterilisiert, von der Firma Koch in München. O. Lasch-Breslau.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Felde, von Buschke. (D. m. W., 1914, Nr. 48.) B. hat in dem ihm unterstellten Lazarett für Geschlechtskranke bei Erhebung der Anamnese feststellen können, daß mehrere Soldaten in Chauny in Nordfrankreich im Bordell sich infiziert hatten. Er hat die Militärbehörde davon in Kenntnis gesetzt, damit sie Abhilfe schaffen kann. Er empfiehlt, es allenthalben so zu machen. E. Brinitzer-Altona.

Zur Frage der Grossichschen Jodtinkturdesinfektion, von Heinemann-Berlin. (Zbl. f. d. ges. Med., 1913, Nr. 46.) Um Jodreizungen bzw. Ekzeme zu verhindern, empfiehlt H., das jodierte und durch das Jod tiefgebräunte Hautgebiet nach der Operation gründlich mit folgender Mischung abzureiben: Rp. Liquor ammonii caustici 5,0, Aether sulfuricus 45,0, Alkohol ad. 100,0. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Der für Herbst 1915 in Verona geplant gewesene internationale Pellagrakongreß ist der allgemeinen Lage wegen verschoben worden.

Dr. Martin Haudek, Assistent am Röntgeninstitut des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien, hat sich daselbst als Privatdozent für Röntgenologie habilitiert.

Wirkl. Geh. Rat Prof. Paul Ehrlich-Frankfurt a. M. erhielt das Königl. Rumänische Kreuz für Sanitätsverdienst I. Klasse.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

5. Juni 1915 | Nr. 23 | Band 60

Aus der dermatologischen Klinik in Bern (Direktor Prof. JADASSOHN).

Über einen durch Kuhhaare hervorgerufenen Fremdkörpertumor bei einem Melker.

Von

Dr. PAUL LAUENER.

In dieser Arbeit möchte ich über einen Fall berichten, der in der dermatologischen Klinik in Bern zur Beobachtung kam und der sowohl klinisch wie histologisch ein allgemeines Interesse hat.

Krankengeschichte.

Anamnese vom 6. November 1913. Schon vor vier Jahren bemerkte der 48jährige Melker eine Schwellung am rechten Mittelfinger, die trotz ärztlicher Behandlung nicht zurückgehen wollte. Der Tumor wurde deshalb einige Zeit später auf der chirurgischen Klinik in Bern operativ entfernt, und es fanden sich schon damals in den Gewebsmassen Haare. — Im Frühjahr 1912 entstand am Mittelfinger der linken und am vierten der rechten Hand eine ganz ähnliche Geschwulst wie früher. Bevor diese auftrat, litt der Patient längere Zeit an einem Riß in der Hautfurche am ersten Interphalangealgelenk. Der Patient glaubt, daß in diesen Riß beim Melken Haare unter die Haut eingedrungen seien. Seitlich an dem Tumor hatte sich mit der Zeit eine kleine Fistel gebildet, durch welche gelegentlich Haare zutage getreten sein sollen. Die weitere Anamnese ist für die Beurteilung dieser Affektion ohne Bedeutung.

Status: Kräftiger Mann. Allgemeinstatus ohne Besonderheiten.

Die erste Phalange des linken Mittelfingers ist ringsum stark verdickt und spindelförmig aufgetrieben. Auf der Volarseite zeigt sich eine die ganze Breite und Höhe der Phalange einnehmende starke Vorwölbung von derber Konsistenz. Im Interphalangealgelenk zwischen erster und zweiter Phalange findet sich eine große Spalte, durch welche ein hämorrhagisch aussehendes Sekret ausdrückbar ist. Mikroskopisch besteht dieses aus Detritusmassen, reichlich weißen Blutkörperchen, die in allen möglichen Formen auftreten und vielfach wie zerfetzt erscheinen, ferner roten Blutkörperchen und Plasmazellen mit deutlich radspeichenförmigem exzentrischem Kern.

Auf der lateralen Seite des Tumors mündet eine für eine feine Sonde durchgängige Fistel. Ganz analog, nur etwas kleiner, ist eine Geschwulst am vierten Finger der rechten Hand.

Am 10. November entfernte ich unter Lokalanästhesie die beiden Geschwülste. Die Tumormassen ließen sich ziemlich leicht ausschälen. Links mußte um die ganze Phalanx herum ausgeschabt werden. Es bot dies insofern einige Schwierigkeit, als die Geschwulst teilweise stark mit Sehnen- und Nervenscheiden verwachsen war. — In den Tumormassen eingebettet fanden sich reichlich Haare, die sich leicht entfernen ließen. Nach dem Berufe des Patienten zu schließen handelt es sich um Kuhhaare.

Die Heilung der Wunde geschah per primam.

Digitized by Google

Mikroskopische Untersuchung.

Fixierung in steigendem Alkohol. Einbettung in Paraffin. Serienschnitte. Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Orzein-Methylenblau. Weigerts Fibrinfärbung. Van Gieson. Pappenheim.

Die Schnitte aus den verschiedenen Partien der Tumoren bieten natürlich ein etwas verschiedenes Bild dar. Sie umfassen Epidermis, Kutis und wenig subkutanes Gewebe. Die Hornschicht ist — entsprechend der Norm an der Volarseite der Finger, besonders an Arbeiterhänden — sehr dick. Im allgemeinen ist sie normal gebaut. In den mittleren Partien der Neubildungsmasse ist sie aber an einer Stelle stark parakeratotisch, und zwar liegt die Parakeratose an der Oberfläche, auf sie folgt nach unten eine normal verhornte Schicht mit Stratum granulosum. In die parakeratotischen Lamellen sind bald unscheinbare, bald sehr massige Haufen und Streifen von mehr oder weniger stark degenerierten Eiterkörperchen mit Detritus unregelmäßig eingelagert (Kruste). Das Rete ist im ganzen normal, an den peripherischen Partien etwas verbreitert, in den zentralen unter dem Druck der entzündlichen Einlagerung abgeflacht. In einzelnen Herdchen findet sich Ödem der Stachelzellen („Altération cavitaire") in den oberen Partien der Epidermis; sehr selten ein mit Eiterkörperchen gefülltes Bläschen in den untersten Schichten eines Epithelzapfens.

In der im ganzen sehr breiten Kutis läßt sich in den zentralen Partien eine zusammenhängende Infiltrationsmasse bis in die tiefsten Schichten verfolgen. Nach den seitlichen Rändern und nach der unteren Grenze zu löst sie sich in Haufen und Stränge auf, welche sich im Papillarkörper deutlich an die Gefäße anschließen und auch in den tieferen Partien oft Gefäße im Zentrum erkennen lassen.

Die Infiltrationsmasse ist im ganzen recht dicht, an manchen Stellen, besonders an der Peripherie, lockerer und von Bindegewebsmassen durchsetzt. Schon bei schwacher Vergrößerung kann man, besonders bei nach Pappenheim gefärbten Präparaten, erkennen, daß sich die Zellmassen zum allergrößten Teil aus Plasmazellen zusammensetzen; diese sammeln sich vor allem in den peripherischen Partien der zentralen Infiltrationsmasse reichlich an, aber auch da, wo Bindegewebsstreifen in diese einstrahlen, und in den peripheriewärts ausgesprengten perivaskulären Zellansammlungen. Weite Strecken sind so vollständig von Plasmazellen durchsetzt, daß diese sich in epithelähnlicher Form dicht aneinanderlegen und nur minimale Massen von kollagenem Gewebe zwischen sich lassen. Ferner finden sich in großer Zahl lymphozytäre Elemente und einzelne kleinere, sehr wenig größere Ansammlungen von Eiterkörperchen. In der näheren Umgebung der letzteren liegen meist nur lymphozytäre Elemente mit vereinzelten Plasmazellen. Die dichteren Massen der letzteren haben sich weiter zurückgezogen und bilden dann öfter schalenförmige Ansammlungen um solche Herde. In den mehr oder weniger rein bindegewebigen Partien sind sehr reichlich Spindelzellen der verschiedensten Größe vorhanden. Im Zentrum finden sich auch unregelmäßig umrandete, größere und kleinere Lücken, in deren Innerem zahlreiche Haarstümpfe und Haarreste, Eiterkörperchen und Detritus liegen und deren Rand von Eiterkörperchen

Digitized by Google

und Granulationsgewebe gebildet wird. In einer solchen Lücke fand ich größere Haufen von Kokken.

In den peripherischen Partien sind in der Tiefe Schweißdrüsenknäuel vorhanden, deren Azini verhältnismäßig weit und vielfach auch noch von Infiltration umgeben sind. Außerdem sind einzelne Nerven und Pacinische Körperchen vorhanden — zum Teil frei, zum Teil von Entzündungsmassen eingeschlossen.

Das Unterhautzellgewebe ist nur an einzelnen Stellen vorhanden und zum Teil auch noch infiltriert und serös durchtränkt. Die elastischen Fasern sind in den peripherischen Partien normal, in der Infiltrationsmasse selbst sind sie meist zugrunde gegangen, in den bindegewebigen Streifen, welche zwischen den stark entzündlichen Partien sich finden, sind sie spärlich oder schlecht färbbar oder fehlen ganz. An einzelnen Stellen erscheinen sie unregelmäßig gequollen, hier und da zwischen den Infiltrationsmassen zu dicken Knäueln zusammengeballt. Nur selten kann man elastische Fasern und deren Reste in größeren Massen in peripherischen Infiltraten zwischen den Plasmazellen eingeklemmt konstatieren. In den mittleren Partien kann man auch schon bei schwacher Vergrößerung eine ziemlich umfangreiche Pigmentablagerung konstatieren. Zum Teil liegt sie in der Nachbarschaft von Anhäufungen von roten Blutkörperchen. Das Pigment ist von blaßgrauer bis gelbbräunlicher Farbe, hat feine oder gröbere bis recht große rundliche und eckige Körner, die oft innerhalb von Zellen liegen. Diese Zellen sind von sehr verschiedener Größe, von meist rundlicher oder ovaler Form, seltener spindelförmig. Sie liegen dicht beieinander oder mehr disseminiert in den Anhäufungen von Plasmazellen und haben zum Teil ungefähr die gleiche Form und Größe wie diese. Der Kern ist oft nicht deutlich zu erkennen, so daß man nicht behaupten kann, daß es mit Pigment vollgestopfte Plasmazellen sind. Oft ist der Kern blaß und an die Wand gedrückt. Die Infiltrationsmassen sind mehr oder weniger reichlich mit — an manchen Stellen sehr dicht beieinander liegenden — Blutgefäßen versorgt, welche zum Teil recht weit und im ganzen dünnwandig sind. In der Umgebung und in den unteren Partien sind die Wände der Arterien und der Venen verdickt, aber nur die der letzteren zum Teil von Infiltratzellen durchsetzt. Ab und zu kann man in einer Vene einen weißen Thrombus entdecken. In den Infiltrationsmassen selbst sieht man mehrfach weite Kapillaren mit Eiterkörperchen vollgestopft (Lymphkapillaren).

Außerdem finden sich über das Präparat zerstreut im allgemeinen spärlich Haare und zwar bald gut erhalten in längeren Stücken und mehr oder weniger gut längs getroffen, bald in Quer- und Schrägschnitten, bald als rundliche oder unregelmäßige Gebilde, welche augenscheinlich in Zerstörung begriffen und nur bei starker Vergrößerung als Haarreste zu erkennen sind. Am besten eignet sich zu deren Nachweis die Weigertsche Fibrinfärbung. Die Haare sind meist nackt, ab und zu haften ihnen noch einzelne Hornlamellen an. An den wohlerhaltenen Haaren kann man Mark und Rinde gut unterscheiden; das erstere weist meist die bekannte Querstreifung auf, wie man sie bei Tierhaaren so vielfach findet. Sie liegen zum Teil in der dichten zentralen Infiltrationsmasse, zum Teil auch ziemlich weit in die Peripherie ausgesprengt, bald

Digitized by Google

von der Plamazelleninfiltration umgeben, bald in einer Art schmälerer oder breiterer bindegewebiger Kapsel oder auch in größeren Massen von Bindegewebe, bald auch von einigen Eiterkörperchen besetzt. Oft haben sich die Gewebselemente von ihnen zurückgezogen (Härtungsphänomen). Gelegentlich findet man ein Haar aus der Epidermis in die Kutis hineinragend, so daß die Epithelzellen sich etwas nach unten an ihm entlang ziehen. Die Spitze ist frei in der Kutis im entzündlichen Gewebe. Sehr selten sieht man ein Haarstück auch in der Schuppenkruste. In der nächsten Umgebung der Haare, mehrfach aber auch ohne daß ein unmittelbarer Zusammenhang mit ihnen nachweisbar ist, liegen im ganzen nicht sehr reichliche Riesenzellen teils mit randständigen, teils mit über das Protoplasma ausgestreuten Kernen, von bald mehr rundlicher und ovaler, bald mehr unregelmäßiger Form, gelegentlich sich unmittelbar an der Haargrenze längs hinziehend oder auch an ein Haarbruchstück angelegt, resp. dasselbe zum Teil umfassend. An einzelnen Stellen kann man den Abbau der Haarstümpfe näher studieren. Man sieht, wie im Inneren eines bald ganz geschlossenen Kreises, eines schon in einzelne Stücke zerfallenen Teiles der Haarrinde, statt des Marks Zellen liegen, die blasse Kerne haben und an den Stücken der letzterwähnten Gebilde mit den das Haar umgebenden ein- und mehrkernigen Zellen in unmittelbarem Zusammenhang stehen. In derselben Gegend finden sich gröbere und feinere Bruchstücke von Haaren teils von Riesenzellen, teils von großen Zellen mit blassen Kernen, teils von Plasmazellen umgeben. Ganz vereinzelt sah ich auch eine Riesenzelle mit randständigen Kernen, in deren Mitte eine deutliche schmale Hornlamelle eingelagert war.

Einer besonderen Beschreibung bedürfen diejenigen Schnitte, welche die im klinischen Bild hervorgehobene Fistel getroffen haben. Die Mehrzahl derselben enthalten diese im Längs- resp. Schrägschnitt. In einigen Schnitten findet man Querschnitte durch ein mit Epithel bekleidetes Rohr, das eine Anzahl von Schräg- und Querschnitten von Haaren enthält. Es ist mir nicht klar geworden, in welchem Verhältnis dieser Querschnitt zu der Hauptfistel steht, da ich einen Zusammenhang in den Serien zwischen diesen Querschnitten und den Längsschnitten nicht gefunden habe. Vielleicht handelt es sich um eine seitliche Abzweigung der Hauptfistel, vielleicht auch um eine zweite Fistel.

In die im wesentlichen längs getroffene Fistel senkt sich, wie man an einzelnen Schnitten sehen kann, das Oberflächenepithel kontinuierlich ein. Die Mehrzahl der Schnitte aber enthält die Fistel als eine längsovale Spalte, die nach der Epidermis zu und auf den Seiten von Epithel ganz umschlossen ist. An ihrem unteren Ende ist die Epithelbekleidung auf den meisten Schnitten unterbrochen und zwar meist durch eine, an einzelnen Schnitten auch durch zwei Spalten, welche sich in das Bindegewebe einsenken. Im Lumen finden sich ziemlich zahlreiche (bis neun auf einem Schnitt) und zum Teil recht lange Haarlängsschnitte, auch einige Querschnitte und Stümpfe, ferner abgestoßene Hornlamellen, Eiterkörperchen in kleinen Zügen und Detritus. Die Auskleidung der Fistel ist ein sehr hochgeschichtetes Pflasterepithel mit allen Charakteren der Epidermis. Die Retezellen sind sehr groß, enthalten ein gut ausgebildetes Protoplasmafasernetz und in den oberen 4—5 Zellenlagen reich-

Digitized by Google

lich Keratohyalin. Auf das Stratum granulosum, in welchem die Protoplasmafasern nicht mehr zu erkennen sind, folgt eine mehrere bis viele Lagen hohe Hornschicht, in deren Zellen Kerne nicht gefärbt, und in denen Hornfasern sehr deutlich sind.

Das Epithel der Fistel hat bald mehr bald weniger ausgebildete Epithelzapfen, so daß die sie umgebende Kutis einen „Papillarkörper" bildet. Durchschnitte der Köpfe der Papillen finden sich von allen Seiten von Epithel umgeben, wie bei Schrägschnitten des Oberhautepithels. An einzelnen Stellen liegen in dem Epithel auch Quer- und Schrägschnitte von Haaren. Man kann in aufeinanderfolgenden Schnitten konstatieren, wie zuerst die Haare senkrecht und schräg in das Epithel der Fistel, und an deren Seitenwänden sich gleichsam einbohren — umgeben von 2—3 Lagen von Hornlamellen. Dann finden sie sich ganz vom Rete umgeben, aber von dessen Zellen noch durch Hornschicht getrennt. Schließlich ragen sie aus dem Rete in die Kutis hinein, in der letzteren schon frei von Hornschicht, doch von entzündlichem Gewebe umhüllt. In weiteren Schnitten ist dann das Haarstück vollständig in der Kutis gelegen. Da mir vollständige Schnittserien nicht zur Verfügung stehen, ist es natürlich sehr schwer zu sagen, wie die einzelnen Haardurchschnitte zueinander gehören.

Am unteren Ende der Fistel reicht, wie erwähnt, meist ein feiner Spalt durch das Epithel mehr oder weniger weit in die dicht infiltrierte Kutis hinein. In diesem Spalt finden sich Haare, Züge von Eiterkörperchen in einer fibrinoiden (Weigertsche Fibrinreaktion nicht gebenden) Masse und einzelne Hornlamellen. Ab und zu ziehen einzelne Epithelzellen noch etwas in diesen Spalt hinein, verlieren sich aber sehr bald in dem entzündlichen Gewebe.

Die bindegewebige Umgebung der Fistel entspricht im wesentlichen der oben gegebenen Beschreibung der entzündlichen Neubildung. Die Infiltration stellt an der einen Seite nur eine ganz schmale Schale dar, welcher eine breite Schicht spindelzellreichen Gewebes folgt, während auf der anderen Seite die Infiltration sich von der Fistelwand weithin erstreckt.

Am unteren Ende der Fistel ist das Gewebe sehr reich an Eiterkörperchen, weiterhin an Plasma- und Spindelzellen. In diese Gegend sind viele Haarstümpfe und Schnitte ausgesät, zum Teil sehr deutlich in den früher beschriebenen verschiedenen Phasen des Abbaus.

In der weiteren Umgebung der Fistel finden sich Gruppen von 5—6 Haardurchschnitten, jeder von einer Art Kapsel umgeben, die aus einzelnen Riesenzellen und aus Zellen mit aufgehelltem Protoplasma und bläschenförmigem Kern und weiter nach außen aus Spindelzellen bestehen.

Ehe ich jetzt zu der epikritischen Erörterung des Falles übergehe, möchte ich noch einiges in bezug auf die feinere Zusammensetzung der Neubildungsmasse besprechen. Ich halte mich bei diesen Bemerkungen über die einzelnen Zellformen speziell an die Arbeiten von Marchand, Maximow und v. Baeyer.

1. Was zunächst die unzweifelhaften Bindegewebszellen angeht, so sind diese in der weiteren Umgebung der Infiltratmasse, vielfach aber auch in den bindegewebigen Septen, die sie durchziehen, feine langausgezogene Spindelzellen mit bald heller, bald dunkler gefärbtem schmalem Kern und einem schmalen, spindelig ausgezogenen Proto-

Digitized by Google

plasma, das sich speziell in den dem Kern nahegelegenen Partien bei der Pappenheim-schen Färbung rot färbt, aber nicht in dem leuchtenden Ton wie das Protoplasma der Plasmazellen. Sie liegen parallel angeordnet mehr oder weniger dicht in Bündeln von kollagenen, leicht geschwungenen Bindegewebsfasern, die augenscheinlich immer dichter aneinandergelagert sind, je älter der Prozeß an der betreffenden Stelle ist. Innerhalb der Infiltratmasse und in deren näherer Umgebung sind die Bindegewebszellen größer, mit reichlicherem Protoplasma versehen, plattenförmig unregelmäßig ausgebreitet mit großem, blaßgefärbtem Kern, der 1—3 Nukleolen enthält. Diese Zellen finden sich oft sehr dicht beieinander, scheinen sich mit ihren Fortsätzen zu verbinden und sind eingelagert in ein lockeres Netz feiner Bindegewebsfibrillen, zwischen denen hier und da noch eine deutliche Plasmazelle oder ein Lymphozyt liegt. Solche Zellen gibt es auch in nächster Nähe der Haarstümpfe. Sie entsprechen den überall gegebenen Beschreibungen der typischen Fibroblasten.

2. Die polymorphkernigen Leukozyten sind teils disseminiert, teils in Haufen angeordnet. Die disseminierten, zwischen die anderen Zellen eingestreuten, sind im ganzen recht spärlich. Die haufenweise angeordneten liegen nur selten frei im Gewebe, so daß man von kleinen Abszessen sprechen kann. An anderen Stellen sind sie eingelagert in ein Maschenwerk, das sich nach Pappenheim blauviolett färbt, das aber nach der Weigertschen Fibrinmethode nicht gefärbt wird, also Fibrin im gewöhnlichen Sinne wohl nicht darstellt. Bei weitem am häufigsten finden sich die Eiterkörperchen in einem Netzwerk feinster Bindegewebsfasern, das augenscheinlich nicht bloß durch die Eiterkörperchen, sondern auch durch Flüssigkeit auseinandergehalten wird. Sie liegen hier neben vereinzelten Fibroblasten mit aufgehelltem Kern und Protoplasma, neben Plasmazellen und neben den großen vakuolisierten Zellen, auf die ich noch zurückkommen muß. Sie umgeben ferner einzelne Haarstümpfe ganz oder teilweise und bedecken die Wand der erwähnten größeren und kleineren Hohlräume, in deren Innerem meist Haare vorhanden sind. als eine dünne kontinuierliche oder unterbrochene Lage auf dem Granulationsgewebe. Endlich finden sie sich auch, wie erwähnt, im Lumen von Gefäßen, an denen weitere Wandelemente nicht zu erkennen sind, bald diese fast ausfüllend, bald weniger reichlich, von dem Endothelbelag retrahiert. Da rote Blutkörperchen in diesen Gefäßen fehlen, handelt es sich wohl um erweiterte Lymphkapillaren. Die polymorphkernigen Leukozyten sind zum größten Teil gut erhalten. Manche enthalten pyknotische und zerfallene Kerne.

3. Die Lymphozyten sind überall über das Gewebe zerstreut, am reichlichsten in den Partien zwischen den Eiterkörperchenanhäufungen und den Plasmazellenmassen. Sie sind klein, der Protoplasmahof ist nicht immer deutlich zu sehen. Die Kerne sind teils rund, teils zackig, bald normal, bald dunkler, bald auch sehr hell gefärbt, wie ausgelaugt.

4. Außerordentlich viel schwieriger ist es, sich über die „runden Wanderzellen", die „ruhenden Wanderzellen" oder „Klasmatozyten" und über die „Polyblasten" auszusprechen.

Ich habe in meinen Schnitten vielfach Gebilde gesehen, welche den mit diesen Namen bezeichneten Formen mehr oder weniger gut entsprechen. Aber ihre strenge Scheidung von den Fibroblasten einerseits, den Lymphozyten andererseits ist oft außerordentlich schwer, und ich möchte daher bloß ganz allgemein betonen, daß sich solche Zellen an den verschiedensten Stellen meiner Präparate vorfanden, ohne eine bestimmte Beziehung zu den anderen schärfer und leichter zu charakterisierenden Zellen aufzuweisen. Nur eine Zellform möchte ich hier besonders betonen, die wohl mit den Polyblasten in Beziehung steht. Es sind rundliche Zellen mit scharfer Abgrenzung, unregelmäßig

Digitized by Google

vakuolisiertem Protoplasma und hellgefärbtem Kern, welche sich speziell in den eitrig infiltrierten Partien finden und hier und da ein Eiterkörperchen im Innern enthalten. Sie sind in ihrer Größe außerordentlich verschieden. Zum Teil sind es augenscheinlich diese Zellen, welche sich mit Pigment beladen.

5. Einen, wie erwähnt, besonders großen Anteil an dem Aufbau des entzündlichen Tumors nehmen die Plasmazellen. Sie sind zum großen Teil klein bis mittelgroß, rund oder polygonal, sehr oft mit der bekannten hellen Zone um den Kern versehen. Den von Maximow außerdem noch beschriebenen hellen Fleck in der Nähe des Kerns, der von ihm als „Zentrosphäre" gedeutet wird, habe ich kaum gesehen. Wahrscheinlich war dazu die Fixierung meiner Präparate nicht geeignet. Relativ selten sind die wirklich großen Exemplare mit zwei bis drei Kernen.

Wo die Plasmazellen dicht aneinanderliegen — nur durch feine Bindegewebsfasern voneinander getrennt — platten sie sich oft gegeneinander ab. Manchmal nehmen sie auch sehr unregelmäßige Formen an, sehen gezackt und eckig aus, und zwischen ihnen finden sich Bröckel nach Pappenheim dunkelrot gefärbten Protoplasmas. Manche sind an den Rändern wie zerfetzt, einzelne enthalten deutliche Vakuolen in größerer oder geringerer Zahl.

Wo sie in dichten Haufen liegen, finden sich zwischen ihnen nur vereinzelte Fibroblasten oder Lymphozyten, hier und da ein kapillares Gefäß. Das sind dann Bilder, bei denen man wirklich den Eindruck einer tumorartigen Anordnung, eines „Plasmozytoms", bekommt. In den peripherischen Partien scheiden die Plasmazellenansammlungen nur die Gefäße ein, ohne sich auf weitere Strecken von ihnen zu entfernen.

In den eitrig infiltrierten Partien sind die Plasmazellen isoliert, im Zentrum spärlicher, in der Peripherie reichlicher. Sie sind meist abgerundet, auch hier gelegentlich mehrkernig, ihr Protoplasma ist bald noch ganz normal, bald blasser gefärbt. Ab und zu sind ihre Kerne dann pyknotisch, kugelrund.

6. Mastzellen sind in sehr verschiedener Häufigkeit vorhanden, nirgends aber wirklich sehr reichlich. Am häufigsten sind sie noch in den peripherischen Partien, um die Gefäße ausgestreut. Sie haben meist eine feine, typisch basophile Körnung und sind oval, seltener spindelförmig.

7. Bei den mit der Weigertschen Fibrinmethode gefärbten Präparaten finden sich besonders in der Infiltration, welche die Fistel umgibt, reichlich violettgefärbte Kugeln, meist in Haufen beieinander, oder auch nur zu zwei oder drei, die letzteren größer, die ersteren kleiner, manchmal auch große und kleine beieinander. Sehr oft ist ihre intrazelluläre Lagerung nachzuweisen; manchmal liegen sie auch anscheinend frei zwischen den Plasma- und Eiterzellen. Es sind das augenscheinlich hyaline Bildungen, welche in ihrer Form und, soweit sie intrazellulär sind, in ihrer Lagerung den „Russelschen Körperchen" entsprechen.

8. Von den Gefäßen muß ich dem oben Gesagten noch einen Punkt hinzufügen. Es finden sich nämlich an einzelnen Stellen insofern sehr auffallende Bilder, als im Lumen von Gefäßen massenhaft meist spindelförmige, scharf begrenzte, voneinander isolierte oder kleine Verbände bildende Zellen mit bald heller, bald dunkler gefärbtem Kern vorhanden sind.

Es handelt sich dabei sowohl um ganz kleine, als um etwas größere Gefäße, die letzteren deutlich Blutgefäße, und zwar Venen mit ziemlich dicker Wand. Es ist wohl nicht zweifelhaft, daß es sich hier um eine Endothelproliferation mit Abstoßung handelt.

An einzelnen Stellen liegen in den Infiltraten auch Lymphkapillaren, in denen neben reichlich Lymphozyten rundliche, dunkelgekörnte Massen vorhanden sind, welche den „tingiblen Körperchen" Flemmings entsprechen.

Digitized by Google

9. Was die Haare angeht, so habe ich das wesentlichste oben bereits hervorgehoben. Nur zweierlei sei hier noch betont: einmal daß die kleinsten Haarreste in ihrer Form vielfach losgelösten Kutikulaelementen entsprechen, und dann, daß die Kapselbildung, die ich oben erwähnt habe, nicht immer einfach gebaut ist, sondern daß sie sich mehrfach aus zwei Schichten zusammensetzt. Dicht am Haar liegt eine mehr oder weniger dicke Schicht von sehr lockerem Gewebe mit feinem, wabenförmigem Fibrillennetz, in das blasse, große Zellkerne eingelagert sind. Es ist das augenscheinlich das gleiche, was v. Baeyer bei seinen Fremdkörper-Einheilungsversuchen als „spongiöses Bindegewebe" bezeichnet. Von diesem Bindegewebe gehen die oben beschriebenen, in einzelnen Fällen in das Innere des Haares einwachsenden Zellen aus, andererseits hängt es unmittelbar zusammen mit den hier und da das Haar umgebenden Riesenzellen. Nach außen von dieser Schicht liegt eine sich mehr oder weniger scharf davon sondernde Schicht dichteren, mehr parallelfaserigen Bindegewebes mit spärlicheren und mehr spindeligen Zellen mit schmaleren, dunkler gefärbten Kernen.

Es entsprechen diese Zonen im ganzen, wenn auch nicht in allen Einzelheiten, denjenigen, welche v. Baeyer bei der Einheilung differenter Fremdkörper beschrieben und als „Meta-" und „Orthozone" bezeichnet hat, während die „Parazone" — dicht am Fremdkörper gelegen und aus Detritus und Schollen bestehend — in meinen Präparaten fehlt.

Ich möchte endlich hier noch betonen, daß ich weder die an Luteinzellen erinnernden feinwabigen Zellen, auf welche v. Baeyer ein großes Gewicht legt, mit Sicherheit resp. in größerer Zahl gesehen habe, noch die „dunklen", d. h. durch starke Hämatoxylinfärbbarkeit des Protoplasmas und des kugeligen Kerns ausgezeichneten. — Die letzteren vielleicht darum nicht, weil nekrotische und hyaline Umwandlungen des Gewebes in meinen Präparaten im ganzen fehlten, mit denen v. Baeyer diese Form in Beziehung bringt.

Schon die klinische Untersuchung und die Angaben des Patienten ließen kaum einen Zweifel darüber zu, daß es sich bei den von mir beschriebenen tumorartigen Anschwellungen um sogenannte Fremdkörpertumoren und zwar um solche handelte, die durch das Eindringen von Kuhhaaren in die Haut unseres Patienten entstanden waren. Die histologische Untersuchung hat diese Annahme vollständig bestätigt. Es liegt eine entzündliche Neubildung, ein Granulationstumor, vor und die jedenfalls wesentliche Ursache desselben war in den zahlreichen Haaren in unseren Schnitten zu sehen.

Was die Pathogenese im groben angeht, so ist sie nicht zweifelhaft. Die Kuhhaare sind augenscheinlich beim Melken in Hautrisse eingedrungen.

Die Stellen, welche dabei am unmittelbarsten mit der Kuhhaut in Berührung kommen (an den Dorsalflächen der Daumen), sind frei geblieben, weil sie (wohl schon wegen ihrer Schwielenbildung) keine Risse aufwiesen. Naturgemäß kommen aber auch die anderen Finger und zwar speziell ihre Volarseiten mit Kuhhaaren in Berührung und diese können bei den Melkbewegungen und auch sonst in Hautrisse, wie sie gerade an der Volarseite der Interphalangealgelenke so viel vorkommen, eingerieben werden. Es kann bei dem Patienten, da er schon vor vier Jahren eine

Digitized by Google

analoge Bildung aufgewiesen hat, angenommen werden, daß er besonders geneigt für solche Hautrisse ist. Aber auch dann bleibt es auffallend, daß gerade er diese Affektion zweimal resp. dreimal gehabt hat; denn sie muß sonst doch sehr selten sein. Weder in der dermatologischen Klinik in Bern ist je schon etwas Ähnliches beobachtet worden, noch habe ich in der Literatur irgend eine Andeutung solcher Vorkommnisse gefunden. Doch erzählte ein Patient, ebenfalls ein Melker, der in jüngster Zeit wegen einer anderen Erkrankung in der Klinik war, daß ihm in Deutschland, wo er mit nackten Füßen im Kuhstall arbeitete, Kuhhaare in den Zwischenzehenräumen in die Haut eingewandert und dann am Fußrücken wieder herausgekommen seien, ohne daß er besondere Entzündungserscheinungen, Schmerzen oder Anschwellungen beobachtet habe. (Objektiv ließ sich zurzeit an den Füßen nichts konstatieren.) Er habe gehört, daß das bei den barfuß im Kuhstall Arbeitenden öfter vorkomme. Man habe ihm ferner erzählt, daß gelegentlich die Kuhhaare auch an den Fingern eindrängen und am Vorderarm bis zum Ellbogen hervorkämen. Wie weit diese Erzählungen auf wirklich richtigen Beobachtungen beruhen, kann ich nicht beurteilen. Jedenfalls würde es wohl der Mühe wert sein, auf solche Dinge einmal genau zu fahnden.

(Schluß folgt.)

Aus der k. k. deutschen dermatologischen Universitätsklinik in Prag
(Vorstand: Prof. C. Kreibich).

Über extragenitale Ulcus molle-Infektion.

Von

Priv.-Doz. Dr. E. Klausner.

(Mit 1 Abbildung.)

Die Infektion mit dem Streptobazillus Ducrey-Unna-Krefting kommt erfahrungsgemäß fast ausnahmslos auf dem Wege des Geschlechtsverkehrs zustande, und auch von den extragenitalen Infektionen wird weitaus der größte Teil derselben im Sexualverkehr erworben oder es erfolgt die Ansteckung anderweitig durch direkte Berührung mit Ulcus molle, betrifft also entweder mit weichen Geschwüren selbst infizierte Individuen oder Personen, wie Ärzte und Wartepersonal, die es mit Kranken zu tun haben, welche mit Ulcus molle behaftet sind. Sehr selten sind hingegen jene Fälle von extragenitaler Infektion, wo die Übertragung des Ulcus molle-Erregers nicht durch den Geschlechtsverkehr, durch Autoinokulation, beziehungsweise Berührung mit Individuen, welche an weichen Geschwüren

Digitized by Google

leiden, erfolgt, sondern wo die Infektion auf indirektem Wege durch mit Ulcus molle-Eiter verunreinigte Wäschestücke oder Instrumente zustande kommt.

Schon früher konnten wir beobachten, daß von Zeit zu Zeit ganz plötzlich eine große Zahl von mit Ulcus molle infizierten Patienten zur Aufnahme gelangte, daß diese kleinen Ulcus molle-Epidemien durch mehrere Wochen hindurch währten, worauf dann wieder durch lange Zeit hindurch keine auf fällige Vermehrung dieser venerischer Affektion auf der Klinik beobachtet wurde. In den letzten Kriegsmonaten ist es nun zu einer ganz außerordentlichen Verbreitung der Ulcus molle-Infektion gekommen, die sich sowohl in der Zivilbevölkerung als auch unter den Militärpersonen bemerkbar machte. So kamen allein auf unserer Klinik in den letzten 4 Monaten 135 Fälle von Infektion mit weichem Geschwür zur Behandlung. Von diesen Fällen bestand die eine Hälfte aus männlichen Individuen, die fast ausschließlich dem Arbeiterstande angehörten, während die andere Hälfte sich wieder fast nur aus klandestinen Prostituierten, Arbeiterinnen, Dienstmädchen und Kellnerinnen rekrutierte. Besonders auffallend war, wie eben erwähnt, die Verbreitung der Ulcus molle-Infektion unter der klandestinen Prostitution. Da diese in der jetzigen Zeit von der Sanitätspolizei, soweit dies überhaupt möglich ist, streng überwacht wird und in großer Zahl auf die zur Behandlung der Prostituierten dienenden Abteilungen eingeliefert wird, so konnte die Beobachtung gemacht werden, daß manchmal alle bei einem Transport eingelieferten Frauenspersonen mit Ulcus molle infiziert waren.

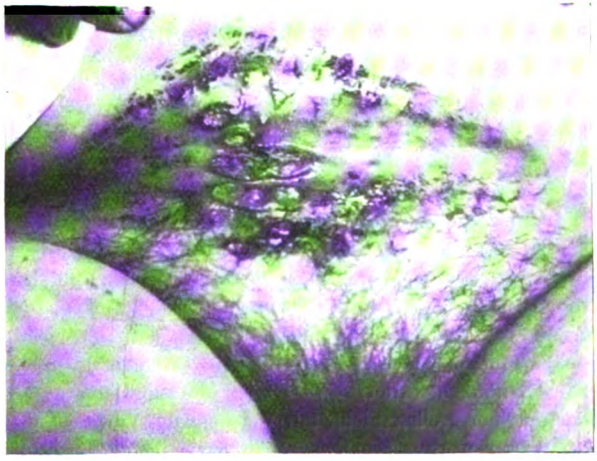
Die eben geschilderten Tatsachen lassen es begreiflich erscheinen, daß infolge der großen Verbreitung des Ulcus molle und der mit diese Erscheinung eng zusammenhängenden, ungünstigen, sexualhygienischen Verhältnisse, welche besonders durch die schwer zu bekämpfende Zunahme der klandestinen Prostitution in den letzten Monaten bedingt wurden, auch Fälle von extragenitaler Ulcus molle-Infektion öfters zur Beobachtung gelangten. Am häufigsten waren jene Fälle, wo besonders bei den weiblichen Patienten Ulcera mollia sich nicht direkt am Genitale, sondern in dessen Umgebung, Mons Veneris, auf hypertrophischen Analfalten usw. fanden. Diese ja auch sonst nicht allzuseltenen Fälle bedürfen keiner besonderen Erklärung, hier wurde die Infektion stets auf dem Wege des Geschlechtsverkehrs akquiriert. In folgendem soll über drei Fälle von extragenitaler Ulcus molle-Infektion berichtet werden, von welchen besonders der zuletzt zu schildernde ein gewisses Interesse für sich in Anspruch nehmen darf.

Der erste Fall betraf eine Prostituierte, welche wegen eines Zervixkatarrhes durch die Sanitätspolizei auf die Abteilung eingeliefert worden war. Bei der genitalen Unter-

Digitized by Google

suchung fand sich außer einem alten Zervixkatarrh keinerlei Veränderung am Genitale. Nach einigen Tagen ihres Aufenthaltes auf der Abteilung bat die Patientin um Behandlung einer angeblich nicht heilenden Fingerwunde. Nach Abnahme des von der Patientin selbst angelegten Verbandes am linken Zeigefinger, fand sich am Rücken desselben an der Haut über der letzten Phalanx nahe dem Nagel ein Geschwür, welches den Verdacht auf Ulcus molle nahelegte. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab reichlich vorhandenen Streptobazillus, in der ganz charakteristischen Fischzuganordnung. Es konnte dann anamnestisch erhoben werden, daß die Patientin, welche nach ihrer eigenen Angabe schon öfters mit Ulcus molle infiziert war, vor etwa vier Wochen wieder ein weiches Geschwür in der Karunkelgegend bekam und dasselbe allein mit Kupferstift behandelt hatte. Wie die Person selbst berichtet, kam sie dabei öfters gerade mit dem Zeigefinger der linken Hand, der wie die übrigen Finger noch derzeit zeigten, tiefe Rhagaden aufwies, mit dem Geschwür in Berührung und so ist es leicht verständlich, daß gerade an dieser Stelle die extragenitale Infektion mit dem DUCREY-Bazillus erfolgte.

Der zweite Fall betraf einen Offizier, welcher von einer anderen Klinik wegen einer Affektion an der Haut des linken Oberschenkels uns zur Untersuchung überwiesen worden war. Es fand sich etwa in der Mitte des linken Oberschenkels an der Haut ein ungefähr kronengroßes Geschwür, das zum Teil noch von Epidermisresten bedeckt war und dessen Oberfläche infolgedessen einen „siebartigen" Eindruck darbot. Am Genitale fand sich weder ein Geschwür noch Narben nach einem solchen. Im Eiter fand sich mikroskopisch typischer DUCREY. Die Anamnese ergab nun, daß zwar in letzter Zeit kein Koitus ausgeübt worden war, daß der betreffende Patient aber nach eigener Angabe vor etwa 14 Tagen in einer Weinstube mit den Fingern am Genitale einer Kellnerin manipuliert und sich kurz darauf eine juckende Stelle, welche eben der infizierten Hautpartie am linken Oberschenkel entsprach, mit den Nägeln der betreffenden Hand gekratzt hatte. In diesem Falle erfolgte also die Infektion mit dem Streptobazillus nicht unmittelbar durch Berührung mit dem weichen Geschwür, sondern indirekt durch Übertragung infektiösen Eiters mittels der verunreinigten Finger auf die Haut des Oberschenkels.



Der dritte Fall betraf eine 44 Jahre alte, ledige Frauensperson, die als Bedienerin in einem Nachtlokal beschäftigt war. Bei der Aufnahme fanden sich, wie aus der nebenstehenden Abbildung zu ersehen ist, in der durch den Hängebauch intertriginös veränderten Hautpartie sieben typische, zum Teil konfluierte, weiche Geschwüre und daneben, besonders am Rande der durch den Intertrigo gereizten Hautfläche, zahlreiche follikulare Impfgeschwüre. Im Eiter der Geschwüre fand sich bei der mikroskopischen Untersuchung überaus reichlich der DUCREY-Bazillus in der typischen Anordnung. Dieser eben geschilderte Fall ist ein krasses Beispiel von mittelbarer Übertragung der Ulcus

Digitized by Google

molle-Infektion. Die Patientin, welche seit zehn Jahren keinen Geschlechtsverkehr gepflegt hat und bei der auch am Genitale beziehungsweise in dessen Umgebung keinerlei krankhafte Veränderungen konstatiert werden konnten, gab folgende bemerkenswerte Anamnese. Vor etwa drei Wochen fand sie am Klosett des erwähnten Nachtlokals ein Taschentuch, welches sie mit Wasser anfeuchtete, und da ihr der durch den Hängebauch bedingte Intertrigo schmerzhafte Beschwerden verursachte, in die intertriginös veränderte Hautfalte einlegte. Schon einige Tage später traten nach Angabe der Patientin mehrere kleine, schmerzhafte Pusteln in und um die Umschlagsfalte der betreffenden Hautpartie auf, welche allmählich die im Bilde dargestellte Geschwürsform annahmen. Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir der Meinung sind, daß die Übertragung des Ducrey-haltigen Eiters in diesem Falle durch das auf die intertriginöse, also eine große Wundfläche darstellende Hautpartie aufgelegte Taschentuch stattgefunden hat. Diese Annahme gewinnt um so mehr an Wahrscheinlichkeit, als gerade in dem betreffenden Nachtlokale zahlreiche der klandestinen Prostitution angehörige Frauenspersonen und zum Teil daselbst als Animiermädchen und Kellnerinnen angestellt sind, und andererseits eben diese Mädchen nachweislich besonders in den letzten Monaten als fast ausschließliche Überträgerinnen der Ulcus molle-Infektion in Betracht kommen.

So unterliegt es wohl keinem Zweifel, daß das wahrscheinlich von einer solchen mit weichem Schanker behafteten Person auf dem Klosett weggeworfene Taschentuch als Überträger der Infektion mit weichem Schanker in dem eben geschilderten Falle von extragenitaler Ulcus molle-Infektion angesehen werden muß.

Es stellt demnach dieser Fall einen neuerlichen Beweis dar für die Möglichkeit der mittelbaren, also indirekten Übertragung des Ulcus molle-Erregers durch mit Ducrey-Eiter verunreinigte Wäschestücke.

Bücherbesprechungen.

Die tierischen Parasiten des Menschen, die von ihnen hervorgerufenen Erkrankungen und ihre Heilung, bearbeitet von Max Braun-Königsberg und Otto Seifert-Würzburg. I. Teil: Naturgeschichte der tierischen Parasiten des Menschen von Max Braun. 407 Abbildungen, 5. Aufl. (Kurt Kabitzsch-Würzburg, 1915.) Braun hat die weit zersplitterte parasitologische Literatur eingehend studiert. Er beginnt sein Werk mit einer kurzgehaltenen einleitenden Schilderung der Parasiten und des Parasitismus. Es war wohl das Gegebene, die Parasiten in systematischer Reihenfolge zu behandeln und sie nicht nach ihrem Vorkommen im Menschen zu schildern. Braun konnte dadurch nach einer allgemeinen anatomischen, systematischen biologischen Schilderung der in Frage kommenden Klassen des Tierreiches dann ausführlich auf die besonders im Menschen schmarotzenden Vertreter übergehen, ohne sich allein auf diese zu beschränken. Hierbei wird die Fülle der Literatur erst so recht deutlich, und man erkennt den großen Fleiß, mit welchem der Verfasser diese Menge durchgearbeitet und das Wissenswerte zusammengestellt hat. Die große Zahl gut ausgeführter Abbildungen, die ein unbedingtes Erfordernis moderner naturwissenschaftlicher Lehrbücher ist, trägt wesentlich mit zum Verständnis der mitunter überaus komplizierten Verhältnisse bei. An der Hand des angehängten, sehr reichhaltigen Literaturverzeichnisses sind einem weiteren Studium spezieller Gebiete die Wege geebnet. Chrzelitzer-Posen.

Desinfektion, Sterilisation, Konservierung, von O. Solbrig. Aus Natur und Geisteswelt. (B. G. Teubner-Leipzig, 1914.) Nicht große Bücher, sondern kleine, handliche Darstellungen sind am besten geeignet, demjenigen, der sich über etwas infor-

Digitized by Google

mieren will, das Notwendige sofort mitzuteilen. Das zu besprechende Büchlein, 115 Seiten stark, erfüllt diesen Zweck in glänzendster Weise. Desinfektion, Sterilisation und Konservierung besitzen vielerlei Berührungspunkte und sind von nicht zu unterschätzender Bedeutung für das allgemeine Gesundheitswesen und das wirtschaftliche Leben. Um so empfehlenswerter scheint mir dieses Büchlein, indem es dem Verfasser gelungen ist, in allgemeinverständlicher Weise dem Leser die Wichtigkeit dieser drei Faktoren vor Augen zu führen. Chrzelitzer-Posen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

b. Hoden- und Samenbläschen.

Über Sterilität des Mannes, von Eugen Brodfeld-Krakau. (M. Kl., 1913, Nr. 45.) In einem kurzen praktischen Hinweise über die Sterilität des Mannes nimmt Brodfeld zwei Formen dieser Anomalie an: 1. den Aspermatismus, bei welchem trotz normal verlaufender Kohabitation kein Sperma in die Genitalien der Frau gelangt; häufig infolge psychischer Momente, d. h. hemmender Einflüsse im Ejakulationszentrum und daher psychisch zu bekämpfen, oder infolge mechanischer Momente wie des Verschlusses der Ductus ejaculatorii, Harnröhrenstrikturen, Prostatatumoren. In diesen Fällen ist die Therapie, die in Beseitigung der Ursachen besteht, meist eine sehr dankbare; dieselben lassen sich meist leicht nachweisen, während sie im ersten Falle fehlen und doch häufig Pollutionen einzutreten pflegen. 2. Die Azoospermie, Oligospermie und Nekrospermie; diese häufigere Ursache der männlichen Sterilität ist entweder die Folge der Sekretionsunfähigkeit der Hoden (Neubildungen, Tuberkulose, Lues oder traumatische Schädigungen), wobei — außer bei der Lues — die Therapie ziemlich aussichtslos ist oder der Verschluß der Leitungsbahnen des Spermas. Dieser kommt zumeist durch die chronischen Infiltrate und Knoten zustande, die von einer Epididymitis resultieren. Das Zurückbleiben solcher Infiltrate soll am seltensten sein bei Behandlung der Epididymitis mit warmer essigsaurer Tonerde oder mit Bierscher Hyperämie, während bei Behandlung mit Eis der Prozentsatz 70% betrug. Auch die Funiculitis blennorrhoica duplex führt zur Obliteration der Samenwege. Bei Vesikulitis sind im Ejakulat in der Regel keine oder tote Spermatozoen vorhanden. Die Therapie ist machtlos und nur die Behandlung der Epididymitis in richtiger Weise, so daß es nicht zu chronischen Infiltraten kommt, kann den hohen Prozentsatz der auf diese Weise hervorgerufenen Azoospermie herabsetzen. O. Lasch-Breslau.

Die endoskopische Behandlung von nächtlichen Pollutionen, von A. Randall-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 2. Januar 1915.) Bei einer größeren Serie von jungen Leuten, die an abnorm häufigen und schwächenden Pollutionen litten, konstatierte Verfasser als das auslösende Moment einen chronischen Entzündungszustand der Urethralschleimhaut und namentlich des Colliculus seminalis. Diese Entzündungsvorgänge beruhten zum Teil auf vorheriger Masturbation, zum Teil auch auf blennorrhoischer Infektion. Gelegentlich waren auch Polypen vorhanden. Die operative Beseitigung der Gewächse hatte bei allen (drei) Patienten prompten Erfolg. Im übrigen hat sich neben anderen weniger wirksamen Mitteln das Argentum nitricum in starker Konzentration zu 10—20 und sogar 50% als die beste Behandlung erwiesen. Zur Beseitigung von hypertrophischem Gewebe kommt in einigen Fällen auch der Ätzstift als solcher zur Anwendung. Einen nützlichen Wink zur Vermeidung von unnötigen Beschwerden gibt

Digitized by Google

Verfasser, indem er betont, daß man die Urethra, nachdem die Höllensteinwirkung sich genügend geäußert hat, mit trockener Watte sorgfältig austupfen soll.

A. Philippi-Salzschlirf.

Anastomosierung des Vas deferens, von W. J. DE C. WHEELER-Dublin. (Brit. m. J., 7. Februar 1914.) Einen nützlichen kleinen Kunstgriff für die Vereinigung des durchtrennten Vas deferens schildert Verfasser folgendermaßen: man schiebt eine feine gerade Nadel zunächst in das Lumen des einen Endes vom Vas bis zur Hälfte ein und stülpt das andere Stück des Samenganges über das freistehende Stück der Nadel, bis beide Stücke Vas gut aneinanderliegen. Nach Anlegen der nötigen Nähte preßt man durch Druck auf die Öse der Nadel die Spitze derselben durch die Wand des Ganges heraus. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Diagnose der Geschwülste des Samenstranges, von HANCK-Posen. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 88, H. 2.) Tumoren des Samenstranges sind relativ selten beschrieben; Karzinom nur in einem Falle, zumeist Lipome, dann Sarkome und dann Fibrome. Von den beschriebenen Mischgeschwülsten und Dermoidzysten ist es zweifelhaft, ob dieselben vom Samenstrang oder vom WOLFFschen Körper oder dem MÜLLERschen Gange herstammen. HANCK hatte Gelegenheit, einen Tumor im Hodensack zu operieren, der weder mit dem Hoden noch dem Nebenhoden oder den Gebilden des Samenstranges in Verbindung stand, sondern nur durch einen feinen Stiel in seinem oberen Pol mit der Umgebung zusammenhing. Die Geschwulst sprang nach Durchtrennung der Haut geradezu aus der Wunde heraus, erwies sich beim Durchschneiden als eine Zyste mit starker Wandung und glatter Innenfläche und hatte im Innenraum kein Blut oder Sperma, sondern nur lockeres Eiweißgerinnsel. Mikroskopisch bestand die Wandung nicht aus Muskulatur, sondern nur aus zahlreichem fibrillärem Bindegewebe. HANCK fand in der Literatur nur drei ähnliche Fälle, deren Deutung ebenfalls nicht ganz klar war; er glaubt, daß es sich nicht um eine wirkliche Geschwulst, sondern um eine zystische geschwulstartige Bildung gehandelt habe, deren Entstehung wohl auf eine Hydrozele zurückzuführen ist. Allerdings muß nach dem Befunde bei der Operation angenommen werden, daß der Hydrozelensack abgesondert von dem Samenstrang lag, oder sich während des Wachstums von diesem isoliert hatte. O. Lasch-Breslau.

Beitrag zum Studium der Zysten des Funiculus spermaticus bindegeweblichen Ursprunges, von BENEDETTO FORMIGGINI-Bozzolo. (Riforma m., 1913, Nr. 46/47.) Zu den bis jetzt von FIORI und DONATI beobachteten, äußerst selten vorkommenden Krankheitsfällen, in welchen sich Zysten bindegeweblichen Ursprunges unabhängig von embryonalen Residuen entwickeln, fügt Verfasser einen neuen Fall hinzu und kommt auf Grund desselben zu folgenden Ergebnissen: 1. Samenstrangzysten rein bindegeweblichen Ursprungs sind nachzuweisen, 2. sie befinden sich gewöhnlich im hinteren Teile des Stranges, liegen sehr oberflächlich auf, sind leicht herausschälbar und zeigen keinen Zusammenhang mit anderen Elementen, 3. ihre Ätiologie und Pathogenese bleibt trotzdem dunkel, wenn man auch auf sie die Theorie VELPEAUS über die Hydrozele des Stranges anwenden kann, 4. ihre histologische Struktur ist sehr einfach und besteht aus reinem Bindegewebe, aus Blutgefäßen und elastischen Fasern, 5. die Flüssigkeit, die sie enthalten, hat den Charakter des Transsudates, 6. ihre klinische Diagnose ist sehr schwierig, um nicht zu sagen unmöglich. E. Rossen-Wiesbaden.

Die Dermoide des Samenstranges, von ROMEO MONTI. (W. kl. W., 1914, Nr. 32.) Innerhalb des linken Leistenkanals befand sich eine taubeneigroße Geschwulst, welche durch eine Operation entfernt wurde. Sie erwies sich als eine Zyste, deren Wand den gleichen Bau wie die äußere Haut aufwies. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Eine neue Methode zur Operation der Varikozele, von RICHARD FRANK. (Zbl. f. d. ges. M., 1914, Nr. 14.) Die neue Methode beruht auf einer künstlichen Inversio testis. Um jedoch durch das direkte Annähen des Lig. scrot. inf. an den äußeren Leistenring nicht eine allzu hohe Lage des Hodens zu bedingen, bildet F. aus der Fascia obliq. ext. einen Lappen, dessen Basis gegen den äußeren Leistenring gerichtet ist und nach unten umgeklappt wird, um dann mit dem unteren Skrotalband vereinigt zu werden. E. Brinitzer-Altona.

Über den Bau der menschlichen Samenblasen, von ERNST SEIFERT-Würzburg. (Anat. Anz., 1913, Nr. 6/7.) SEIFERT fand beim Durchsehen der Literatur nur sehr lückenhafte Angaben über den feineren makroskopischen Bau der Samenblasen des Menschen. Nur PALLIN hatte genauere Untersuchungen mit der Zelloidinkorrosionsmethode angestellt und deren Ergebnisse veröffentlicht; dieselben decken sich im wesentlichen mit denen von SEIFERT, der für seine Zwecke die Messerpräparationsmethode vorgezogen hatte. Obwohl der Verfasser wesentlich Neues nicht bringt als den Beweis, daß, wie PALLIN schon behauptet hatte, von einem genauen Schematismus in bezug auf die Abgangsstellen und Ausdehnung und Art der Divertikel nicht die Rede ist, verdient die Arbeit mit ihren vier sehr instruktiven und klaren Zeichnungen volle Würdigung und ist jedem, der sich für die speziellen anatomischen Verhältnisse der Samenblasen interessiert, zur Lektüre zu empfehlen. O. Lasch-Breslau.

Über den Bau der menschlichen Samenblasen, von R. PICKER-Budapest. (Anat. Anz., 1913, Nr. 15/16.) Prioritätsansprüche bezüglich der Untersuchungsmethode von Samenblasen und deren Resultate. Die Technik des Verfassers besteht in praller Füllung vom Vas deferens aus bei Unterbindung der Ductus ejaculatorii am Colliculus seminalis, Präparation, Röntgenuntersuchung. Die von SEIFERT beobachtete Inselbildung beruht auf einer Täuschung. Hinweis auf eine demnächst erscheinende Monographie des Verfassers über den Bau der menschlichen Samenblasen, die sich auf ein Material von 72 Präparaten stützt. O. Valentiner-Leipzig.

Über die Einwirkung des Jods auf die Hoden, von MAJERUS. (Zbl. f. Path., 1915, Bd. 26, H. 2.) ADLER hatte (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., Bd. 75, S. 362) gefunden, daß nach Verabreichung verschieden großer Jodmengen seine Versuchstiere für längere Zeit vollständig steril wurden. M. hatte bei seinen Versuchen andere Ergebnisse. Eine gewisse Wirkung chronisch zugeführter Jodgaben auf die Tätigkeit der Hoden ließe sich nicht leugnen; sie sei aber inkonstant. Vielleicht bestehe sie nur in einer meist histologisch nicht nachweisbaren vitalen Schädigung der Spermatozoen. Die individuelle Reaktionsfähigkeit auf Jod sei offenbar bei derselben Tiergattung eine verschiedenartige. E. Brinitzer-Altona.

Hodenveränderungen bei den akuten und chronischen Infektionskrankheiten des Kindesalters, von K. FARAGÓ-Budapest. (Budapesti Orv. Ujsag, 1913, Nr. 13.) Verfasser untersuchte die Hoden der bis zum 20. Lebensjahre an Infektionskrankheiten verstorbenen Individuen. Das Material sammelte er möglichst rasch nach dem Exitus (sechs, sieben, acht Stunden später). Er fixierte sie in Formalin, bettete sie in Zelloidin ein und machte Schnittserien Hämatoxolin und nach VAN GIESON-Färbung. Das Bindegewebe war im Hoden in der Entwicklung zurückgeblieben, rundzellig infiltriert, und überdies war in den pathologischen Hoden auch die Hyalindegeneration sehr ausgeprägt. Während man in den normalen Hoden ab und zu kaum bemerkbare hyalinartig degenerierte Bindegewebsstreifchen sehen kann, trennte in den kranken Organen die Hodenkanälchen an einzelnen Stellen vollkommen hyalinisiertes homogenes Bindegewebe voneinander. Anderwärts ist das Bindegewebe nur ödematös durchzogen und geht sukzessive in das Hyalin und rundzellenartig infiltrierte Bindegewebe über. Von

Digitized by Google

den untersuchten 50 Hoden waren 49% pathologisch. KYRLE fand nur 85 bzw. 90%. Verfasser betrachtete nur die augenfällig veränderten Hoden als pathologisch. Bei den verschiedenen untersuchten Krankheiten verteilte sich das Verhältnis wie folgt:

Krankheit	normale Hoden	patholog. Hoden
Skarlatina	10	14
Morbilli	8	—
Tuberkulosis	2	4
Neugeborener Hoden (direkt letal konnte nicht nachgewiesen werden)	6	—
Diphtherie	—	4
Peritonitis nach Operation	—	2
	26	24

Nur bei den an Morbilli verstorbenen Kindern fand Verfasser streng intakte Hoden. In Fällen von Kryptorchismus entspricht das Bild der untersuchten Hoden ganz dem Bilde von Hoden der an akuten, infektiösen Krankheiten verstorbenen Individuen, so daß man zwischen den beiden Arten mikroskopisch keinen Unterschied feststellen kann. Auch ohne Krankheit, nur auf Grund angeborener Disposition, können die Hoden verkümmert, in der Entwicklung zurückgeblieben sein, aber Individuen mit verkümmerten Hoden haben für die Erwerbung von infektiösen Krankheiten viel mehr Neigung und zeigen diesen gegenüber eine viel geringere Widerstandsfähigkeit. Nach KYRLE kann bei einem Teil der untersuchten Hoden vorausgesetzt werden, daß die beobachteten Nierenveränderungen angeboren waren. M. Porosz-Budapest.

Beitrag zur Kenntnis der Hodeneinklemmung, von MAX FLESCH. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 87, H. 3.) FLESCH beschreibt einen „echten" Fall eines eingeklemmten Leistenhodens, d. h. einen Fall, in dem der nie deszendierte Hoden im äußeren Leistenring — hier infolge eines Traumas — eingeklemmt wurde, ohne Torsion oder Mitbeteiligung des Samenstranges, welche sonst das hauptsächlichste Moment für die Einklemmungserscheinungen gibt. Interessant ist, daß bei der sieben Stunden nach dem Trauma vorgenommenen Operation der Hoden bereits blauschwarz verfärbt als weiche, eiförmige Masse gefunden wurde, derart verändert, daß nach den mikroskopischen Untersuchungsergebnissen infolge der hochgradigen hämorrhagischen Infarcierung kaum noch normale Hodensubstanz vorhanden war. Ebenso bemerkenswert sind die enorm schweren Schokerscheinungen, die man fast bei jeder Hodeneinklemmung findet, und welche die Ansicht KOCHERS rechtfertigen, jeden Leistenhoden zu entfernen, sowie er Beschwerden macht. O. Lasch-Breslau.

Über die operative Behandlung des Leistenhodens, von KURT HANUSA-Kiel. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 87, H. 2.) Von ganz spezialistisch chirurgischem Standpunkte aus beschreibt und erörtert HANUSA die verschiedenen Operationsverfahren bei Leistenhoden; er beschränkt sich dabei auf die beiden Methoden von MAUCLAIRE (Synorchidie artificielle), die von VILLEMIN (Synorchidie ohne Eröffnung der Albuginea) und die von HELFERICH (einfache Fixation). Die Hauptrolle spielt die Frage der Gefäßversorgung des hinabgeleiteten Hodens. Das Resümee lautet dahin, daß die MAUCLAIREsche Methode keine wesentlichen Vorzüge vor den anderen Methoden besitzt. O. Lasch-Breslau.

Eine Operationsmethode bei Kryptorchismus, von R. THOMPSON-London. (Lanc., 30. Mai 1914.) Die Operation ist auf das Festhalten des freipräparierten Hodens im Skrotum gerichtet. Es wird ein bogenförmiger Schnitt von etwa der Spina superior anterior längs dem Ligamentum Poupartii bis aufs Skrotum hinabgeführt. Nachdem der

Digitized by Google

Testikel ins Skrotum verbracht worden ist, wird in der Leistengegend ein ovales Stück Haut mit dem subkutanen Bindegewebe am Wundgebiet abpräpariert und zwischen die Wundränder des am Skrotum befindlichen Teils der ursprünglichen Inzision eingesetzt. Auf diese Weise erhält das Skrotum eine Vergrößerung und Festigung seiner Wandung. Das Verfahren hat sich bei zwei Fällen gut bewährt. A. Philippi-Salzschlirf.

Weitere Erfahrungen in bezug auf die Behandlung des retinierten Testikels, von E. M. Corner-London. (Brit. m. J., 23. Mai 1914.) Verfasser bestätigt die Erfahrung anderer Verfasser, daß die operative Befestigung des retinierten Hodens im Skrotum in der Regel schlechte Resultate gibt und namentlich oft zu Atrophie führt. Im allgemeinen ist es ratsam, den Hoden bloß von seiner adhärenten Umgebung abzulösen, so namentlich, wenn gleichzeitig eine Hernie besteht, um ein gewissermaßen spontanes Hinabtreten des Hodens ins Skrotum zu ermöglichen. Vielfach ist auch die glatte Exstirpation des Hodens geübt worden, was allerdings meist ohne weitere Störung verläuft. Andererseits bezeichnet Verfasser die intraperitoneale Einbringung des Hodens in die Bauchhöhle, die Orchidozölioplastik, die er bei etwa der Hälfte seiner Fälle geübt hat, als speziell für zweifelhafte Fälle angezeigt. Die Gefahr einer malignen Entartung besteht dabei nur in der Theorie. Im ganzen stellt C. folgende Indikationen auf: bei Patienten bis etwa zum fünften Lebensjahre soll man abwarten und nur bei gleichzeitiger Hernie operieren und die Orchidoplastik ausführen. In der Zeit bis zum 20. Lebensjahre soll man jedenfalls operieren und je nach der Art des Falles eine der drei Operationsmöglichkeiten wählen. Bei Patienten jenseits des 20. Lebensjahres ist die Orchidektomie angezeigt. A. Philippi-Salzschlirf.

Transplantation des Testikels, von Viktor D. Lespinasse-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 22. November 1913.) Die erste experimentelle Arbeit über Transplantation von Hoden bei Tieren stammt von Berthold im Jahre 1849. Der Erfolg oder Mißerfolg der Operation hängt zum großen Teil von der Größe des transplantierten Organes ab. Wird der Testikel in toto transplantiert, so kommt es meist zur Nekrose. Scheiben von 1—2 mm Dicke, die in gefäßreiches Gewebe, wie in Muskel oder Leber, transplantiert werden, haben Aussicht auf Wachstum. Testikel von Fröschen und Hühnern behalten ihre spermatogenetische Funktion und liefern Spermatozoen. Bei Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden sind die Resultate wechselnd; einige Experimentatoren berichten hier nur über Mißerfolge; andere berichten, daß die interstitiellen Zellen erhalten bleiben und funktionieren. Verfasser kann über die Transplantation an einem Menschen berichten. Ein 38jähriger Mann war beider Hoden verlustig gegangen und impotent geworden. L. implantierte ihm einen einem anderen Manne exstirpierten Hoden, der in Scheiben von etwa 1 mm Dicke geschnitten wurde. Diese Scheiben wurden zum Teil in den Rectus abdominis, zum Teil in das Skrotum versenkt. Heilung per primam intentionem. Vier Tage später hatte Patient eine starke Erektion mit deutlicher Libido; Erektions-, Kohabitationsfähigkeit und Libido dauerten zwei Jahre an, nach welcher Zeit Verfasser den Patienten aus dem Gesichtskreis verlor. H. Fendt-Wiesbaden.

Über das Schicksal des Hodens nach Entfernung der Tunica vaginalis und Tunica albuginea, von Hanaoka-Breslau. (Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. 88, H. 3.) Wenn der der Tunica vaginalis und Tunica albuginea beraubte Hoden in die Skrotalhauttasche implantiert wird, so tritt zuerst eine Schädigung der Funktionstätigkeit des Testis ein; aber nach einer gewissen Zeit fangen die Samenkanälchen größtenteils an, sich wieder zu regenerieren und stellen 6—7 Monate nach der Operation ihre Funktion vollständig wieder her. Einige Reihen von Samenkanälchen in der Peripheriezone entarten allmählich bindegewebig und können sich nicht mehr regenerieren. Fünf Monate nach der Operation gehen sie vollständig zugrunde. W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Experimenteller Beitrag zur Frage des Regenerationsvermögens des Rete testis, von KYRLE-Wien. (Vh. d. D. pathol. Ges., 1913, XVI. Tagung.) Da, wo der Flexus pampiniformis aus dem Hoden austritt, wurden kleinere und größere Gefäßgebiete ligiert und dadurch wohl stets schwere Nekrosen im Hodenparenchym hervorgerufen. In manchen Fällen gelang es trotzdem das Rete zu erhalten und in all diesen war auch eine Proliferation seines Epithels zu konstatieren. Das kürzeste Intervall zwischen Operation und Untersuchung betrug elf Tage; in den betreffenden Präparaten fand man im Reteepithel bereits zahlreiche Mitosen, stellenweise Mehrschichtigkeit des Epithels. Bei einem Versuchstier, das zehn Monate nach dem Eingriff getötet worden war, fand sich ein umschriebener, aus derbem Bindegewebe, welchem unregelmäßig Gang- und Kanälchenformationen eingelagert sind, bestehender Knoten, der sich im Anschluß an Gefäßläsionen inmitten eines, als leicht atrophisch zu bezeichnenden Testikels etabliert hatte. Verf. meint nun, daß die Kanälchenbildungen vom Rete herstammen, d. h., daß das Reteepithel in diesen Herd eingedrungen ist und durch entsprechende Lagerung der Elemente zwischen den Bindegewebszügen zu diesen Formationen Anlaß gegeben hat.

G. Heymann-Elbing.

Tuberkulose des Hodens, von A. L. GOODMAN-New York. (M. Record, 24. Januar 1914.) Bei einem fast dreijährigen Kinde wurde der tuberkulöse, stark angeschwollene Hoden entfernt. Da das Kind sonst keinerlei klinische Anzeichen einer Tuberkulose aufwies, die Probe nach v. PIRQUET negativ war und die Familienanamnese keinerlei Tuberkulose eruieren ließ, wurde die Erkrankung als primäre isolierte Infektion antenatalen Ursprungs angesehen. Verf. führt einige ähnliche Fälle aus der Literatur an und geht auf die Pathologie der Erkrankung ein, aus der er schließt, daß eine direkte Infektion des Fötus durch das mütterliche Blut wohl möglich sei.

W. Lehmann-Stettin.

Tuberkulose des rechten Hodens, sekundär nach Entfernung des linken wegen Tuberkulose aufgetreten. Orchidektomie mit augenscheinlicher Heilung, von VICTOR COX PEDERSEN-New York. (New York m. J., 2. Mai 1914.) Zur Illustration der Tatsache, daß Tuberkulose des Urogenitaltrakts einer Seite die Tendenz hat, in mehr weniger fortschreitendem Maße andere Organe und die andere Seite zu befallen. In dem vorliegenden Falle handelte es sich um einen etwa 40jährigen Chinesen, bei dem vor ca. 1 Jahr der linke Hoden wegen Tuberkulose entfernt worden war und die Erkrankung des rechten Hodens bereits zwei Jahre zurückdatierte. Auch dieser wurde nun entfernt und zwar mit vollständigem Erfolge, indem Patient einige Monate später 25 Pfund Körpergewichtszunahme und entsprechende Hebung des Gesamtbefindens aufwies.

M. Stern-München.

Beitrag zur Klinik der Hodenneuralgie, von H. LUCE-Barmbeck. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1914, Bd. 51, H. 3/6.) Die Kenntnis der Neuralgie des Plexus spermaticus resp. die grundlegenden klinischen Beobachtungen über Hodenneuralgien verdanken wir ASTLEY COOPER und ROMBERG, deren Schlußfolgerungen durch spätere klinische und Autopsieerfahrungen völlig bestätigt wurden. Nämlich: 1. die Schwere und Hartnäckigkeit der Neuralgie, 2. den Mangel eines pathologischen Befundes im exstirpierten Organ, 3. die Unsicherheit des chirurgischen Erfolges und das Rezidivieren der Neuralgie im andern Hoden oder im Samenstrange derselben Seite. Nach einer Rekapitulation der Daten der etwas komplizierten Nervenversorgung der Hoden teilt LUCE eine eigene Beobachtung sehr ausführlich mit. In dem beschriebenen Falle war irrtümlich eine primäre Hodenneuralgie angenommen, und die Exstirpation beider Hoden vorgenommen worden, während die Neuralgie nur ein Symptom einer zentralen Erkrankung war; wie nämlich der spätere Verlauf und der Sektionsbefund fast mit Sicherheit annehmen läßt, handelte

Digitized by Google

es sich um eine superfiziale Karies des 2.—4. Lendenwirbelkörpers mit schwieliger Pachymeningitis, die sieben Jahre ante exitum einsetzte, dann aber infolge eines achtwöchentlichen Krankenlagers (Typhus) zum Stillstand gekommen war; diese scheinbare Heilung hielt über sechs Jahre an, um dann frisch aufflammend von neuem Neuralgien des Skrotums, hinabreichend über die Hinter- und Innenfläche der Oberschenkel bis zum Knie entstehen zu lassen. Die Resektion der rechtsseitigen Nn. ileohypogastricus und spermaticus externus brachte keine Heilung. Der Patient ging bald darauf an einer interkurrenten Pneumonie zugrunde. Die Sektion ergab besonders eine schwere Veränderung der Zwischenwirbelscheibe zwischen dem zweiten und dritten Lendenwirbel und die oben erwähnten Befunde. Luce betont, daß dieser Fall Astley Coopers Ansicht: daß ein „irritable testis" verbunden mit Schmerzen in den Beinen und im Rücken und erhöhter Reizbarkeit des Magens fast stets ein Symptom einer zentralen Erkrankung sei. Zum Schlusse hebt der Verfasser hervor, daß es natürlich auch Hodenneuralgien rein orchidogenen Ursprunges ohne anatomischen Befund gibt, besonders bei Gichtikern.

O. Lasch-Breslau.

Orchiepididymitis der Kinder, von Jorge Comin. (Rev. Ibero-Amer., April 1914.) Ausführliche Beschreibung eines Falles von Hodentuberkulose, der keine weiteren Besonderheiten bot. R. Frühwald-Leipzig.

Über auffällige Befunde bei experimentellen Studien an Nebenhoden, von J. Kyrle und K. J. Schopper. (W. kl. W., 1914, Nr. 27.) Bei den an Hunden vorgenommenen Versuchen handelt es sich um Beobachtungen nach Resektionen am Nebenhoden und um Unterbindungen des Vas deferens. Bei Schonung des zuführenden Gefäßes tritt niemals eine Atrophie des Hodens ein. Dies entspricht gewissen kongenitalen Defekten beim Manne. Bei einem anderen Versuchstiere wurde die Kauda und das Corpus epididymis reseziert. Nach einem halben Jahre wurde das Tier seziert und bei der mikroskopischen Untersuchung der Hodenreste ergab sich, daß Sperma nicht bloß in den restierenden Kanälchen, sondern auch im Bindegewebe, zum Teil in größeren Herden nach Art von Infiltraten, gelagert war. Bei einem anderen Tiere wurden Spermien sogar in den Gefäßen, sowohl Arterien als Venen gefunden. Demnach dürfte die Möglichkeit bestehen, daß Sperma ins Zwischengewebe und ins Blut treten kann.

H. Vörner-Leipzig.

Akute, durch den Bacillus coli communis bedingte Epididymo-Orchitis, von W. D. Bonner. (Lanc., 1913, Nr. 4701, S. 996.) Ein 45jähriger Arbeiter fühlte beim angestrengten Heben einer schweren Kiste einen plötzlichen intensiven Schmerz im Abdomen, konnte aber bald nachher weiterarbeiten. Vier Tage später stellten sich häufiger Urindrang ein und nachher auch Schmerz im Hoden. Blennorrhoe war anamnestisch und auch auf Grund der bakteriologischen Untersuchung bestimmt auszuschließen. Dagegen wurden Kolibazillen im Urin und auch in der durch Punktion des stark geschwollenen Hodens resp. Nebenhodens gewonnen. Nach Inzision des Skrotums entleerte sich eine geringe Menge Materie, die aus zerfallenen Tubuli des Hodens und Nebenhodens zu bestehen schien. Unter Behandlung mit einer autogenen Vakzine von Kolibazillen erfolgte schließlich vollständige Heilung. A. Philippi-Salzschlirf.

Über die Behandlung der Nebenhodentuberkulose, von W. Anschütz-Kiel. (M. Kl., 1914, Nr. 1.) Während man immer mehr von der chirurgischen Behandlung der Tuberkulose zur konservativen zurückgekehrt ist, herrscht doch wenigstens unter den Chirurgen große Übereinstimmung über die Notwendigkeit schnellen chirurgischen Eingreifens bei Tuberkulose der Niere, weil von hier aus die Tuberkulose weiter auf die Blase oder die andere Niere verbreitet werden kann, und die operative Statistik eine viel bessere Heilungsziffer als bei der konservativen Behandlung ergibt. Ähnlich wie

Digitized by Google

bei der Niere liegen die Verhältnisse bei den Nebenhoden wegen der Gefahr der Infektion der Prostata und Blase und des zweiten Nebenhodens; doch gehen hier die Ansichten der Chirurgen noch sehr auseinander wegen der Differenz der Meinungen: ob die eventuelle Weiterverbreitung testipetal oder testifugal geschieht; selbst bei doppelseitiger Erkrankung hat die vollständige Kastration noch viele Gegner. Der Verfasser behandelt nun diese Frage im Zusammenhange mit der Genitaltuberkulose überhaupt, da er meint, daß sich allgemeingültige Regeln für die Behandlung der Nebenhodentuberkulose nur bei Berücksichtigung des Zustandes der übrigen Genitalorgane aufstellen lassen. Von den Ergebnissen der rein chirurgischen Arbeit seien summarisch nur folgende Punkte hervorgehoben: da statistisch bei einseitiger Nebenhodentuberkulose die Erkrankung der anderen Seite nur in 25—30% bei frühzeitiger Kastration vorkommt gegen sonstige 50—75%, so soll man auch, wenn leichte Komplikationen tuberkulöser Natur in anderen Organen vorliegen, radikal operieren. Bei schweren tuberkulösen Komplikationen anderer Organe muß man differenzieren, da einerseits die Mortalität in diesen Fällen eine große ist, andererseits die Zahl der bei scheinbar verzweifelten Fällen durch Kastration erreichten günstigen Resultate keine geringe ist. Bei doppelseitiger Erkrankung nach früherer Kastration der einen Seite soll die andere konservativ mit Resektion oder Auskratzung behandelt werden. Bei gleichzeitiger Erkrankung beider Seiten soll die stärker veränderte Seite radikal, die andere konservativ behandelt werden; bei starken fistulösen Prozessen Castratio duplex, immer mit Rücksichtnahme auf den Grad der Erkrankung anderer Organe; die hohe Exstirpation des Vas deferens ist wohl angebracht; die von erkrankten Samenblasen unnötig. Durch Exstirpation des tuberkulösen Nebenhodens heilen tuberkulöse Hodenherde leichter aus; jedenfalls scheint dem Verfasser diese Operation nach seinen guten Resultaten mehr empfehlenswert als früher. Zur Klärung dieser Fragen schlägt der Verfasser eine Sammelstatistik durch Fragebogen vor. O. Lasch-Breslau.

Über Röntgenbehandlung bei Nebenhodentuberkulose, von Wilhelm Friedländer-Berlin-Schöneberg. (Strahlentherapie, 1914, Bd. 5, H. 1.) Verfasser hat sechs Fälle von Nebenhodentuberkulose mit außerordentlich günstigem Resultat bestrahlt. Schon nach einer Erythemdosis (unter 2, später 3 mm Aluminiumfilter) ließen Schmerz, Spannung und der fühlbare Tumor im Nebenhoden wesentlich nach. Toxische Nebenwirkungen, die man auf die Resorption tuberkulöser Toxine hätte beziehen können, wurden nicht beobachtet. Verfasser empfiehlt die Röntgenbehandlung der Nebenhodentuberkulose angelegentlich. H. Rausch-Darmstadt.

Epididymotomie, von Carlisle P. Knight-Stapleton-N. Y. (J. Am. m. Assoc., 31. Jan. 1914.) K. hat bei fünf Kranken mit blennorrhoischer Epididymitis die von Eckels angegebene Epididymotomie ausgeführt. Die Operation besteht in einem kleinen Einschnitt in die Tunica vaginalis, wobei sich etwa vorhandenes Exsudat entleert, mit darauffolgender Stichelung des Nebenhodens. Ist kein Eiter vorhanden, so erfolgt Verschluß durch Naht, andernfalls werden zur Drainage einige Seidenfäden eingelegt. Lokalanästhesie ist ausreichend, besonders bei fehlender Orchitis. Diese Therapie sollte die Methode der Wahl bei Epididymitis werden. Sämtliche Symptome gehen unmittelbar nach der Operation zurück; Neigung zu Rezidiven ist nicht vorhanden; die Dauer der Erkrankung wird bedeutend abgekürzt. H. Fendt-Wiesbaden.

Ein Fall von primärem Karzinom des Nebenhodens, von Y. Sakaguchi (Frankf. Zschr. f. Path., 1914, Bd. 15, Heft 1.) Im Nebenhoden, besonders in seinem Körperteil, ist der Geschwulstprozeß weit fortgeschritten, indem sich hier viele Nekrosen und Blutungen und im Schwanzteil sowie im Vas deferens verschiedene pathologische Veränderungen, wie reichliche Desquamation der Kanälchenepithelien und Bildung amorpher

Digitized by Google

Massen im Kanälchenlumen zeigten. Das Zwischengewebe ist stark kleinzellig infiltriert und die Gefäße dilatiert. Die Geschwulst hat sich von hier aus nach dem umgebenden Hoden verbreitet, sowie Metastasen in den verschiedenen Organen gesetzt. Die Geschwulstzellen sind deutlich epithelartig und haben große Ähnlichkeit mit den Kanälchenepithelien des Nebenhodens, besonders deren Basalzellen. Nach dem Sitz des Tumors und der frühzeitigen Beteiligung der Kanälchen, sowie nach der Morphologie der Geschwulstzellen ist die Entstehung mit Wahrscheinlichkeit von dem Epithel der Nebenhodenkanälchen ausgegangen. W. Chrzelitzer-Posen.

Zur Frage der operativen Behandlung der Varikozele, von Istomin. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 3.) J. bespricht die zwei Hauptgruppen der operativen Behandlung der Varikozele: 1. die Radikaloperationen, d. h. die Resektion der erweiterten Venen des Samenstranges, und 2. die Operationen, welche darauf hinausgehen, ein zuverlässiges „inneres Suspensorium" zu schaffen, um den Hoden in erforderlicher Höhe zu suspendieren und dadurch den Blutdruck in den Venen des Plexus pampiniformis herabzusetzen. Bei der ersten Methode werden die Kranken zwar von den Beschwerden, die mit der Grundkrankheit verknüpft sind, befreit, es treten aber nach der Resektion der Venen degenerative Prozesse in dem Hoden auf, so daß der klinische Effekt dieser Operation dem Effekt der Kastration gleichgestellt werden kann. Bei den vielfachen bis jetzt geübten Methoden der zweiten Hauptgruppe (Schaffung eines „inneren Suspensoriums") kommt es zu häufigen und rasch entstehenden Rezidiven. J. empfiehlt zur Erzielung einer zuverlässigeren Suspension aus der frisch transplantierten Fascia lata ein „inneres Suspensorium" herzustellen. (Genaue Angabe der Operationstechnik.) E. Brinitzer-Altona.

Die Behandlung der Hydrozele mit besonderer Berücksichtigung der Karbolinjektionen, von R. H. Herbst-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 19. Dez. 1914.) Mit der Injektion von flüssiger Karbolsäure (95%) in den Hydrozelesack bei der Punktion hat Verfasser gute Erfahrungen gemacht, nachdem er die Vorsicht gebraucht hat, nach Entleerung des Serums zunächst mit sterilem Wasser gründlich auszuspülen, bis auf Zusatz von Salpetersäure keine Fällung am Spülwasser mehr eintritt. Frühere Mißerfolge führt er darauf zurück, daß ein etwaiger Rest von Hydrozeleflüssigkeit mit der Karbolsäure eine Schicht von unlöslichem Albumen an den Wandungen bilden kann. Es werden 10—12 ccm Karbol eingeführt, und nachdem man den Überschuß hat wieder auslaufen lassen, injiziert man etwa 15 ccm Alkohol. Am Tage nach der Operation ist oft eine ziemlich starke Schwellung vorhanden, die aber bald definitiv vergeht. A. Philippi-Salzschlirf.

Über Paradidymitis erotica acuta, von Julius Heller-Charlottenburg-Berlin. (B. kl. W., 1914, Nr. 1.) Verfasser berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von schmerzhafter Schwellung „zwischen dem linken Hoden und der Leistenbeuge" und glaubt dieselbe, da jedes Zeichen einer Blennorrhoe ausgeschlossen werden konnte, auf eine trotz starker geschlechtlicher Aufregung völlige sexuelle Abstinenz hervorgerufene Zurückstauung der Samenmasse — und zwar durch einen präformierten Verbindungskanal — in die ausnahmsweise gut erhaltene Paradidymis zurückführen zu sollen. Unter innerlicher Brom- und äußerlicher Bleiwassertherapie verschwanden die Beschwerden schnell. E. Rossen-Wiesbaden.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über Soldatendermatosen, von Julius Fürth-Wien. (W. m. W., Militärarzt, 49. Jahrg., 1915, Nr. 3.) Verfasser bespricht die in seinem Lazarett vorkommenden Dermatosen der Soldaten und die übliche Therapie. Es kommen vor allem in Betracht die Schweißdrüsenanomalien, Intertrigo, Furunkulose, Skabies, Urticaria e cimicibus, Pedikulosis, Pityriasis rosea und versicolor. Chrzelitzer-Posen.

Verschiedenes.

Ausschußsitzung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, am 18. April 1915. In den 44 Jahren, die seit dem Kriege 1870/71 verflossen sind — für die Geschichte der Medizin eine denkwürdige und inhaltsreiche Epoche, wie wohl nie zuvor —, haben auch unsere Vorstellungen von den Geschlechtskrankheiten eine völlige Umwälzung erfahren. Das gilt nicht nur für die Ätiologie, sondern auch für die Pathologie; wissen wir doch heute, daß die Syphilis und nicht minder die Blennorrhoe für die gesamte menschliche Pathologie eine Bedeutung haben, von der noch die vorige Generation der Ärzte keine Ahnung hatte. Da, wie die Geschichte gezeigt hat, mit allen Kriegen eine starke Steigerung der Geschlechtskrankheiten einherzugehen pflegt, so war es für jeden Einsichtigen klar, daß auch in dem gegenwärtigen Kriege die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eines der wichtigsten hygienischen Probleme bilden würde, und schon bald nach Ausbruch des Krieges begann in der medizinischen Literatur von allen Seiten eine lebhafte Diskussion.

Die großen nationalen Organisationen — bei uns die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten — waren mit die ersten auf dem Plan, durch Aufklärung und Warnung, durch die Befürwortung energischer Schutz- und Abwehrmaßnahmen die Aufmerksamkeit auf die große Tragweite der ganzen Frage zu lenken.

Nach fast neun Kriegsmonaten hat sich nun am 18. April der Ausschuß der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zusammengefunden, um das bisher Geleistete zu erörtern und zu beraten, was für die Zukunft noch zu tun sei. An der stark besuchten Sitzung beteiligten sich u. a. der Präsident des Reichsgesundheitsamtes, Vertreter des Reichsversicherungsamtes, Direktoren und Vorstandsmitglieder der Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen, die Reichstagsabgeordneten Dr. Struve und Fräßdorf, sowie verschiedene Militärärzte, die direkt aus dem Felde gekommen waren.

Von vornherein wurde anerkannt, daß die oberste Heeresleitung neuerdings mit großer Energie und unleugbarem Geschick Abwehrmaßregeln getroffen hat. Daß trotzdem noch viel zu tun übrigbleibt, ist bei der Kompliziertheit des Problems und der Unmöglichkeit, eine „effektive Blockade" wie bei den anderen Infektionskrankheiten durchzuführen, nicht verwunderlich.

Man kam zu der Überzeugung, daß die schon von verschiedenen Seiten in Angriff genommene Aufklärungstätigkeit energisch fortgeführt werden müsse. Die von der Heeresleitung selbst verteilten, sowie die von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in einer Auflage von 2 Millionen verbreiteten kurzen Merkblätter, sowie die Flugschriften der Gesellschaft, sollen auch nach wie vor ihre Wirkung ausüben. Hinzu tritt noch auf Anregung der Landesversicherungsanstalten ein von den großen Organisationen der Arbeiter, Techniker, Werkmeister

Digitized by Google

und Angestellten verfaßtes kurzes Merkblatt, das in einer Auflage von 5 Millionen Exemplaren gedruckt werden und ebenfalls vor den Gefahren der Geschlechtskrankheiten warnen soll. Der Hauptwert aber wurde auf die mündliche Belehrung gelegt. Als besonders geeignet hierzu wurde eine vom beratenden Hygieniker der 7. Armee, Professor Uhlenhuth, verfaßte Anleitung, sowie ein im Verlage von J. F. Lehmann-München erschienener kleiner Atlas für die Belehrung der Mannschaften bei Gesundheitsbesichtigungen angesehen.

In der Heimat sollte jede Neuformation bald nach der Einberufung in ähnlicher Weise belehrt werden. In den Kasernen und Lazaretten sollen entsprechende Plakate zum Aushang kommen, welche von der Gesellschaft unentgeltlich geliefert werden.

Als dringend notwendig wurde es auch bezeichnet, die gefährdeten Frauen in der Heimat aufzuklären und sie zu veranlassen, beim ersten Verdacht einer Infektion einen Arzt aufzusuchen. Es wurde vorgeschlagen, von Zeit zu Zeit geeignete Artikel in der Krankenkassen- und Gewerkschaftspresse zu publizieren, von den Krankenkassen selbst aufklärende Vorträge und Versammlungen für ihre Mitglieder veranstalten zu lassen.

Was die Behandlung der geschlechtskranken Soldaten betrifft, so war man sich einig, daß diese — soweit wie irgend möglich — in spezialistisch geleiteten Abteilungen erfolgen solle. Bei jeder Armee sollte ein beratender Venerologe — zum mindesten als sachverständiger Beirat des beratenden Hygienikers — zur Verfügung sein.

Das schwierigste Problem bildet natürlich die Prostitution. Da ihre vollkommene Sanierung nicht zu erreichen ist, so sollte man versuchen, die sich prostituierenden Frauen, wenn man sie nicht ganz abschieben kann, so doch bis zum Friedensschluß festzuhalten. Wo dies nicht durchführbar ist, sollten alle Überwachungsmaßnahmen unter Kontrolle deutscher Spezialärzte vor sich gehen.

Das wichtigste Schutzmittel im Kampf gegen die Prostitution sind zweifellos die persönlichen Prophylaktika, sowohl der Kondom, als auch die verschiedenen chemischen Schutzmittel. Hier darf keine Prüderie obwalten. Es muß dafür gesorgt werden, daß den Truppen der Bezug von Schutzmitteln in jeder Weise erleichtert werde; unter allen Umständen ist zu fordern, daß nach erfolgtem Beischlaf eine prophylaktische Schutzbehandlung vorgenommen wird. — Ohne vorherige Gesundheitsuntersuchung sollte keinem Soldaten Urlaub erteilt, venerisch Infizierten der Urlaub verweigert werden. Alle Maßnahmen sollten — soweit es die militärischen Rücksichten zulassen — auch auf die jüngeren Offiziere Anwendung finden.

Natürlich darf man sich mit diesen prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen nicht begnügen, sondern muß alles, was den Anreiz zum außerehelichen Verkehr steigert, zu entfernen suchen. Die Deutsche Gesellschaft schlägt hierzu folgende Maßnahmen vor:

a) Wirtschaftliche und soziale Fürsorge für die arbeitslose weibliche Bevölkerung in der Heimat und im Okkupationsgebiet, b) möglichste Einschränkung und Überwachung der Privatquartiere, c) Einschränkung des Abendurlaubs, d) Einschränkung des Alkoholkonsums, Bereitstellung von alkoholfreien Ersatzgetränken, e) Verbot der weiblichen Bedienung, sowie überhaupt des Aufenthalts von weiblichen Personen in den Animierkneipen, Estaminets, Bars und ähnlichen Lokalen, f) Abkürzung der Polizeistunde, g) Schaffung von Soldatenheimen mit Lese-, Schreib- und Unterhaltungsräumen, h) Verbot der Behandlung von Geschlechtskrankheiten durch Kurpfuscher, Verbot, sich durch Annoncen und Plakate zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten anzubieten.

Einen ausgedehnten Raum nahmen die Erörterungen ein, was bei Friedensschluß mit den Geschlechtskranken zu geschehen habe, um eine Massenverseuchung

Digitized by Google

der Familien zu verhüten. Da die Erfahrung lehrt, daß schon gegen Ende der Kriege, zur Zeit des Waffenstillstands, die Geschlechtskrankheiten besonders stark anzusteigen pflegen, so war man sich darüber klar, daß schon bei Eintritt des Waffenstillstandes alle prophylaktischen Maßnahmen mit besonderer Strenge durchgeführt werden müssen. Bei Friedensschluß selbst aber müssen alle während des Krieges an venerischen Krankheiten behandelten Kriegsteilnehmer untersucht, die noch Ansteckungsfähigen bis zur Heilung eventuell als Besatzungsmannschaften im Okkupationsgebiet zurückbehalten werden. Und zwar gelten diese Maßnahmen nicht nur für die aktiven Soldaten, sondern auch für die übrigen Militärbeamten wie Eisenbahner, Postbeamte, Armierungssoldaten, Arbeiterkolonnen u. dgl. Gegen den — an sich ja sehr wünschenswerten — Vorschlag, alle Kriegsteilnehmer vor Entlassung in die Heimat auf Blennorrhoe und Syphilis zu untersuchen (auch mit Zuhilfenahme der Blutuntersuchung), wurden von verschiedenen Seiten, namentlich wegen der technischen Schwierigkeiten, Bedenken geäußert.

Den nicht mehr Ansteckungsfähigen, aber noch Heilungsbedürftigen muß sofort bei der Heimkehr Gelegenheit zur Behandlung geboten werden. Mit besonderer Freude wurde das Vorgehen der Träger der staatlichen Versicherung begrüßt, welche sich bereit erklärt haben, Mittel zu diesem Zweck in großem Umfange bereitzustellen. Geplant sind Einrichtungen etwa im Sinne der Fürsorgestelle, wie sie seit Januar 1914 von der L. V. A. der Hansestädte in Hamburg eingerichtet wurde und die sich dort sehr gut bewährt hat.

Von juristischer Seite waren Bedenken geäußert worden, ob nicht die Namhaftmachung der noch Behandlungsbedürftigen von seiten der Militärbehörden an die Versicherungsanstalten eine Verletzung der durch § 300 des R. Str. G. B. vorgeschriebenen Schweigepflicht bedeuten könne. Diese Bedenken sind aber, wie auch aus einem von Herrn Landesrat Dr. Freund eingeholten Gutachten hervorging, in diesem Falle, als einer Nennung von Behörde zu Behörde, unbegründet.

Jedenfalls wird man alle Hebel in Bewegung setzen müssen, um zu verhindern, daß zu den vielen Wunden, die der Krieg dem Volke geschlagen, auch noch die Geschlechtskrankheiten hinzukommen. Schon vor dem Kriege ist viel über den Geburtenrückgang geschrieben und gesprochen worden, nach dem Kriege werden wir es doppelt nötig haben, eine gesunde und arbeitskräftige Generation großzuziehen. Blennorrhoe aber und Syphilis wirken auf die Quantität und Qualität des Nachwuchses in hohem Grade verderblich ein. Daher muß mit allen Mitteln und auf allen Wegen der Kampf gegen diese Krankheiten energisch forgeführt werden.

Am 21. März wurde im Universitätsgebäude zu Parma die Marmorbüste von Vittorio Mibelli enthüllt. Die Gedenkrede hielt Prof. Mario Pelagatti-Parma.

Prof. Ernst v. Düring, früher Direktor der dermatologischen Klinik in Kiel, ist in Baden-Baden ärztlich tätig.

Dr. Benjamin Lipschütz, gewesener Assistent der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Wieden (Prof. Ehrmann, Primar. Rusch), zurzeit in Rußland kriegsgefangen, erhielt die Venia legendi für Dermatologie und Syphilis an der Universität Wien.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

12. Juni 1915 | Nr. 24 | Band 60

Aus der k. k. böhmischen dermatologischen Klinik in Prag
(Vorstand: Hofrat Prof. Dr. V. Janovský).

Ein Beitrag zur Kenntnis der präkanzerösen Wucherungen.

Von

Dr. Anton Tryb, Assistent der Klinik.

In Nr. 4 der Derm. Woch. d. J. erschien von Grisson und Delbanco eine interessante Arbeit unter dem Titel „Monströser Tumor der Genitalgegend". Die histopathologische Grundlage des geschilderten Falles erinnert uns an einen an unserer Klinik behandelten Fall, welcher auch in dieser Wochenschrift (1913, Bd. 57, S. 819) publiziert wurde. Es ist nicht nur eine gewisse Ähnlichkeit der Prozesse, welche uns zu diesen Zeilen anregt, sondern auch eine wichtige Epikrise, welche wir der damaligen Arbeit beifügen wollen.

In unserem Falle handelte es sich allerdings nicht um so große Tumoren (welche an den Lippen saßen), jedoch weisen die beiden Fälle, nicht nur in klinischer Hinsicht, sondern auch was die histologischen Befunde anbelangt, große Ähnlichkeiten auf. Kurz rekapitulierend steht in unserer Arbeit folgendes:

„Die Haut um den Mund herum zeigt eine knollenartige Schwellung, so daß die Lippen — besonders die Oberlippe — elefantiastisch verdickt erscheinen. Einzelne kleine Hautbezirke sind geschwulstartig emporgehoben, zwischen ihnen verlaufen zahlreiche Furchen. Dabei bleibt die Haut vollständig glatt und trocken, an den Lippen ist sie fast normal gefärbt, das Lippenrot matt livid mit etwas grauem Ton. Die Konsistenz der einzelnen knollenartigen Geschwülste ist derb, jedoch nicht gerade hart."

Auf der Basis dieser Wucherungen (welche sowohl dem klinischen als auch dem histologischen Bilde nach als ein tuberöses Syphilid diagnostiziert wurden) entstanden allmählich von der Mitte der Oberlippe ausgehend andersartige Gebilde: „ein Herd von dichtgedrängten, papillären Geschwülsten, welche dünn, filiform, hellrosa bis hellrot von Farbe, sehr leicht bluteten und stark empfindlich waren." Diese Vegetationen verbreiteten sich sekundär über die ganzen Lippen im Bereiche der primären, knollenartigen Tumoren. Ihre Ausbreitung war eine derartige, daß man zu einer radikalen Entfernung greifen mußte. Da der Grundprozeß nach energischer antiluetischer Kur sich sehr besserte, und auch

Digitized by Google

die Akanthome — welche von der spezifischen Therapie absolut unbeeinflußt blieben — entfernt wurden, entzog sich der Patient der klinischen Beobachtung für längere Zeit. Unsere zitierte Arbeit erschien nach einer mehr als achtmonatigen Beobachtung des Falles. Der histologische Befund (der papillären Exkreszenzen) sprach absolut für eine gutartige Vegetation, ein Akanthom. Es heißt da:

„Eine enorme Wucherung und Hypertrophie der Stachelzellen springt sofort ins Auge. Die Papillen sind filiform verlängert und erscheinen — schon makroskopisch — als lange Fäden, deren Epidermis überall an der Oberfläche stark verhornt ist. Nach Gram-Weigert können wir die mantelartige Verhornung der einzelnen Zellen ziemlich tief verfolgen. Die interzellulären Brücken sind infolge länger andauernden Ödems ziemlich stark gelockert, jedoch gilt dies nur stellenweise, und mehr von der superbasalen Schicht. In den fadenförmigen papillären Erhebungen bleiben die Epithelfasern sehr gut erhalten. Die Herxheimerschen Spiralen sind fast überall verschwunden, wiederum ein Zeichen von länger andauerndem, starken Ödem in der Basalschicht und den anliegenden Bindegewebspartien. Nirgends kommt es zu einer ausgesprochenen Vakuolisation der Epithelzellen. Hier und da kann man eingedrungene Leukozyten in den Lymphspalten antreffen."

Die elongierten Papillen enthalten reichlich Gefäße, deren Wände von Plasmazellen — meist großen — eingehüllt sind. Die klaffenden Venen sind mit roten Blutkörperchen vollgepfropft, so daß wir uns die häufigen Blutungen selbst bei geringstem Trauma so leicht erklären können.

Gegen die subpapilläre Schicht ist die Epithelwucherung fast in gerader Linie scharf abgegrenzt. An den Randpartien der papillären Exkreszenzen kann man die frische Akanthose der senkrecht wuchernden Epithelzapfen, die nirgends eine Neigung zur Verzweigung zeigen, beobachten."

Der Fall wurde als ein sekundär entstandenes Akanthom auf einer durch gummöse Prozesse gereizten Basis aufgefaßt — in derselben Weise, wie an vernachlässigten Lupusstellen, oder einer balanitischen Vorhaut Vegetationen entstehen, ohne zu dem Grundprozeß in anderer Beziehung zu stehen, wie es unser Fall deutlich erscheinen ließ. Die primären luetischen Wucherungen zeigten eine vollkommen normale Epidermis, unter welcher sich reine Plasmome entwickelten.

Einige Monate später jedoch zeigten sich andere Erscheinungen. Der Patient kam mit einem fünfmarkstückgroßen Geschwür der Oberlippe, welches typisch karzinomatös war. Eine etwaige Operation war hoffnungslos, außerdem wollte der Kranke von derselben nichts hören. Und so wurden bei ihm Röntgenbestrahlungen solatii causa unternommen, welche jedoch keinen Erfolg hatten. Die Wangen, die Haut der Kiefer zerfielen fast unter unseren Augen, so daß in drei Monaten unterhalb der Nase eine große Höhle klaffte, in welcher sich die geschwollene Zunge mühsam bewegte. Dieser Zustand entwickelte sich binnen drei Monaten, worauf der Kranke ausblieb. Die Drüsen wurden nicht in Mitleidenschaft gezogen. Im übrigen verweisen wir auf die oben erwähnte Arbeit.

Digitized by Google

Wir glauben, diese kurze Schilderung sei nicht uninteressant als Beitrag zu der Arbeit von Grisson und Delbanco. In unserem Falle steht es fest, daß wir es mit reinen Vegetationen zu tun hatten, welche durch den Reiz der Operation einen malignen Charakter angenommen hatten. Der Patient selbst gab an, daß das große Geschwür an einer Stelle entstand, wo eine Naht platzte, was plausibel erscheint. Allerdings hat der Eingriff die Metaplasie nur akut gemacht, da diese ja sonst — zwar später — aber doch sich ebenfalls eingestellt hätte. Wir wollen dasselbe nicht von den Eingriffen der Autoren behaupten, aber es wäre möglich, daß auch hier irgend welche Reize (Urin, Mazeration) auf ursprünglich gutartige Wucherungen einen bösartigen Einfluß gehabt haben könnten. Eine andere Frage wäre die, auf welchem Grunde der akanthotische Prozeß überhaupt entstand. Durch diese Bemerkung wollen wir auch durchaus nicht an der richtigen Auffassung der Autoren zweifeln, da wir überzeugt sind, daß die erwähnte Möglichkeit einer Metaplasie von gewöhnlichen Vegetationen aus ebenfalls bei ihnen in Betracht kam, und sie dafür Gründe gehabt haben, diese fallen zu lassen. Wir wollen nur die alte Tatsache betonen, daß man selbst bei einem absolut günstigen histologischen Bilde — wie z. B. in unserem Falle — in der Prognose vorsichtig sein muß. Das ist vom klinischen Standpunkte aus von großer Bedeutung. Jedenfalls war die luetische Basis in unserem Falle an dem rapiden Zerfall, der das Feld beherrschte, viel schuld, was uns ja die obliterativen Prozesse an den Gefäßen leicht verständlich machen, doch ist das sicher nicht der einzige Grund der malignen Metaplasie. Wir betonen nochmals, daß sich monatelang bei den benignen Akanthomen absolut keine Zeichen irgend welcher „Unruhe der Zellen" nachweisen ließen.

Unsere Präparate der gutartigen Akanthome stellen wir gerne zur Verfügung. Histologische Bilder des Karzinomstadiums fehlen leider, da der Patient zu keinem Eingriff mehr zu bewegen war. Allerdings kann man dem klinischen Bilde nach an der Diagnose nicht zweifeln.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Klinik in Bern (Direktor Prof. Jadassohn).

Über einen durch Kuhhaare hervorgerufenen Fremdkörpertumor bei einem Melker.

Von

Dr. Paul Lauener.

(Schluß.)

In meinem Fall hat die Wanderung der Kuhhaare, jedenfalls soweit nachweisbar, nur auf kurze Strecken hin stattgefunden. Vielleicht hat gerade die starke entzündliche Reaktion einen weiteren Transport derselben verhindert. Es bedarf keiner weiteren Erörterung darüber, daß die von mir beobachteten Knotenbildungen, mit dem, was man als „Melkerknoten" bezeichnet, nichts zu tun haben. Unter der letzteren Bezeichnung kann man mit Recht eigentlich nur die knotigen Bildungen verstehen, welche an den Daumen durch die Reibungen am Euter beim Melken auf rein mechanischem Wege entstehen, und welche somit in ihrer Pathogenese vollständig anderen mechanisch bedingten Schwielen (Arbeitsschwielen) gleichzusetzen sind. Irgend welche Infektionen, sei es mit dem Kuhpockenvirus oder mit anderen Infektionserregern, können nicht wohl als Melkerknoten bezeichnet werden.

Daß die Haare, wenn sie einmal in die Epidermis, resp. in die Kutis eingedrungen sind, in dieser weiterbefördert werden, kann nicht wundernehmen. Die aktiven Bewegungen der Finger sowohl als auch reibende Bewegungen an diesen geben dazu genügend Gelegenheit.

Bei den einzelnen wenigen Haaren, welche in meinen Präparaten in der Hornschicht und im Rete oberhalb der Infiltration zu konstatieren waren, könnte man im Prinzip sowohl annehmen, daß es sich um solche handelt, die an einer anderen Stelle in die Haut eingedrungen und nun wieder in der Elimination begriffen, als auch, daß es eindringende seien. Im letzteren Falle muß man allerdings supponieren, daß sie in eine Lücke der Hornschicht eingedrungen wären, die sich nachträglich schon wieder geschlossen hätte. Denn daß die Kuhhaare in geschlossene Hornschicht sich einbohren, erscheint doch recht unwahrscheinlich. Die Haare machten unzweifelhaft mehr den Eindruck, als wenn sie auf dem Weg in die Haut und nicht aus ihr heraus wären. Speziell ein längeres Haarstück, das zum Teil im Rete, zum Teil in der Kutis lag, ließ diese Annahme viel wahrscheinlicher erscheinen, da es doch schwer vorstellbar ist, daß ein so langes Haar so unversehrt die entzündliche

Digitized by Google

Neubildung wieder verlassen sollte. Auch daß an diesen Stellen die Entzündung keineswegs besonders stark und oft gerade nicht eitrig war, spricht gegen die Annahme der Elimination dieser Haare.

Das gleiche bezieht sich auf die in der Fistel befindlichen und von deren Lumen aus teils in die Seitenwände, teils in die Spalte an deren Grunde hineinragenden Haare. Auch hier hat man viel mehr den Eindruck der Ein- als der Auswanderung. Damit soll natürlich nicht gesagt werden, daß nicht sowohl durch das Epithel auf dem Wege der Krustenbildung, als durch die Fistel Haare den Körper auch wieder verlassen können. In welchem Umfange das geschieht, entzieht sich meiner Beurteilung. Aus der Bemerkung des Patienten aber, daß er sich Haare aus der Fistel herausgezogen habe, kann man weitere Schlußfolgerungen nicht wohl ziehen, denn es ist doch sehr wohl möglich, daß er Haare wieder entfernt hat, die gerade erst eingedrungen waren.

Was die Fistel selbst angeht, so konnte ich nicht eruieren, in welcher Beziehung sie zu einem ursprünglich vorhandenen Riß steht. Es kann natürlich sein, daß sie aus einem solchen sich dadurch entwickelt hat, daß das Oberflächenepithel in einen gerade durch den Fremdkörper, ferner auch durch die eitrige Exsudation offen gehaltenen Substanzverlust hineingewachsen ist. Es kann aber auch sein, daß sie erst nachträglich entstanden ist, indem ein durch die Haareinwanderung bedingter Abszeß sich nach außen geöffnet hat und dann die Abszeßperforationsstelle — aus den eben angeführten Gründen offen gehalten — sich epidermisiert hat. Die weitere Entwicklung der entzündlichen Neubildung durch die Haarimplantation ist ohne besondere Schwierigkeiten zu verstehen. Aus der histologischen Schilderung geht hervor, daß es sich im wesentlichen um ein buntes Gemisch von akuter eitriger und chronischer granulierender Entzündung mit Übergang in Narbenbildung handelt. Im Prinzip müssen wir zweierlei ätiologische Momente auseinanderhalten: einmal die Infektion und dann die Fremdkörperwirkung.

Welche Art von Bakterien teils von der Hautoberfläche des Patienten, teils auf den Kuhhaaren eingedrungen sind, kann ich nicht behaupten, da kulturelle und tierexperimentelle Untersuchungen leider nicht vorgenommen worden sind. Die Kokken, welche ich mikroskopisch im Gewebe nachgewiesen habe, entsprechen dichten Rasen von Staphylokokken. Es ist auch wohl das wahrscheinlichste, daß die banalen Mikroorganismen die Träger der Infektion gewesen sind, da irgend welche Anzeichen eines spezifischeren Prozesses nicht zu finden waren.

Wir werden wohl nicht fehlgehen, wenn wir die histologischen Zeichen der akuten eitrigen Entzündung auf die Bakterien zurückführen. Die eitrigen Herde fanden sich zum Teil unmittelbar im Anschluß an

Digitized by Google

die implantierten Haarstücke, zum Teil auch fern von diesen, was durch den Transport von Bakterien ja einfach zu erklären ist. Daß diese Eiterung trotz des chronischen Verlaufs der Erkrankung sich florid gehalten hat, ist nicht auffallend, da auf der einen Seite immer wieder neue Infektionserreger mit neuen Haaren, aber auch ohne solche eingedrungen sein können, andererseits aber infektiöse Prozesse selbstverständlich längeren Bestand haben, wenn mit den Bakterien Fremdkörper sich im Gewebe eingenistet haben. Daß die Haare aber auch — sogar zum größten Teil — von den Zeichen der akuten eitrigen Entzündung frei waren, das kann einmal dadurch erklärt werden, daß sie schon längere Zeit im Gewebe lagerten und darum trotz der ursprünglichen Infektion der akute eitrige Prozeß in einen chronischen bis zur Bildung eines narbigen Gewebes übergegangen war, zum Teil aber können natürlich auch einzelne Haare ohne pathogene Infektionserreger eingedrungen sein.

Die Entscheidung, wieviel und was von dem gesamten Prozeß auf die Mikroben — wieviel auf die Fremdkörper zurückzuführen ist, wird kaum zu fällen sein. Die gleiche Schwierigkeit begegnet uns wohl bei allen nicht experimentell bedingten Fremdkörperwirkungen, bei denen Infektionen vorhanden oder wenigstens nicht auszuschließen sind. Im vorliegenden Fall ist diese Entscheidung besonders noch dadurch erschwert, daß es unmöglich ist, bei den einzelnen Prozessen etwas über die Dauer ihres Bestehens auszusagen, da ja die Haare wahrscheinlich zu sehr verschiedenen Zeiten eingedrungen sind.

Wir werden aber trotz dieser Schwierigkeiten einen gewissen Anteil des gesamten Prozesses auf die Fremdkörperwirkung als solche zurückführen müssen. Denn einmal kann man wohl auf Grund zahlreicher anderer Erfahrungen kaum bezweifeln, daß auch die Haare als solche eine Irritationswirkung ausüben. In diesem Sinne sprechen unsere Kenntnisse über die histologischen Veränderungen beim Untergang von Follikeln ohne nachweisbare Infektion, wie bei Follikularzysten, bei Lichen pilaris usw., bei denen sich kleine Herde von entzündlicher Infiltration mit Riesenzellen finden. Dann aber sind doch auch in unseren Präparaten die Zeichen einer solchen anscheinend reinen, d. h. nicht infektiösen Fremdkörperwirkung vorhanden.

Wenn ich im Anschluß an Leber und an die große experimentelle und histologisch-kritische Arbeit von H. v. Baeyer über die Einheilung von Fremdkörpern im Organismus diese Frage einer kurzen Besprechung unterziehe, und zwar mit Rücksicht auf die verschiedenen Punkte, welche nach diesen Autoren für die Art der Einteilung, resp. für die Reaktion des Gewebes auf den Fremdkörper von Bedeutung sind, so brauche ich wohl kaum zu betonen, daß Gewicht und Größe bei den Haaren nicht

Digitized by Google

in Frage kommen. Was ihre Konsistenz angeht, so kann man bei ihnen wohl von einer weichen biegsamen Masse sprechen, die allerdings auch eine gewisse Widerstandskraft hat, wie aus der geradlinigen Lage mancher längerer, günstig getroffener Haarstücke in meinen Präparaten hervorgeht. Wenn v. Baeyer zusammenfassend betont, daß weiche Fremdkörper durchwachsen, harte eingekapselt werden, so stehen die Haare in dieser Beziehung etwa in der Mitte, denn sie werden, wie meine Präparate zeigen, zum Teil eingekapselt, zum Teil durchwachsen. Man kann wohl annehmen, daß, solange die Einkapselung nicht eine ganz feste bindegewebige ist, die Durchwachsung noch immer möglich ist. Vielleicht werden gerade die Haare früher durchwachsen, welche zunächst zu einem eitrigen Prozeß Anlaß geben, durch den sie leichter desorganisiert werden. Ist dann der eitrige Prozeß zum Abschluß gekommen, so kann die Durchwachsung leichter vonstatten gehen.

Die bei der Einheilung von Fremdkörpern ebenfalls wichtige Porosität ist bei den unverletzten Haaren jedenfalls von vornherein sehr gering. Doch geht ja aus der von mir gegebenen Beschreibung zur Genüge hervor, daß den lytischen Kräften des Organismus schließlich doch ihre Zersplitterung und Desorganisation gelingt. An einzelnen Haaren konnte man geradezu Risse in der Rinde sehen, durch die Zellen aus der Umgebung einwanderten.

Die Oberflächenbeschaffenheit ist nach v. Baeyer vor allem dann von Wichtigkeit, wenn es sich um Bewegung von Fremdkörpern handelt. Erst bei Bewegung kommen die zerstörenden Momente der rauhen Fremdkörper zur Geltung; es bildet sich entweder eine Zyste, in der der Fremdkörper ballotiert, oder er bahnt sich vermöge seiner Eigenschaften einen Weg im Gewebe, er wandert, wie wir es besonders von Nadeln kennen.

Bei den Haaren ist die Oberfläche im ganzen makroskopisch glatt, aber es kommen Rauhigkeiten vor durch Anlegung von Schuppen, durch Ablösung von Hornpartikeln usw. Wieweit die bekannte Tatsache, daß durch die Anordnung der Schüppchen der Kutikula das Haar von der Spitze nach der Wurzel zu sich minimal rauh anfühlt, für die Wanderung der Haare von Bedeutung ist, muß ich dahingestellt lassen.

Besonderen Wert legt v. Baeyer, wie erwähnt, auf den Einfluß der Bewegung. Nicht bloß Zystenbildungen kommen durch sie zustande, sondern auch immer wieder neue Reizungen, Fortschreiten des Prozesses und Ausstoßung der einverleibten Substanz — die „Wanderung" von Fremdkörpern. Die Bewegung spielt bei den Haaren eine große Rolle, wie aus unseren Präparaten zur Genüge hervorgeht. Nach den Berichten meines Gewährsmannes können sie sogar über weite Strecken ohne besondere (wenigstens klinische!) Reaktion wandern.

Digitized by Google

Aus alledem geht zur Genüge hervor, daß die Haare auch als solche und zwar als chemisch nicht indifferente Fremdkörper eine Reaktion bedingen müssen. Wir wissen, daß speziell Riesenzellenbildung, Infiltration mit Lymphozyten und Plasmazellen, Gefäßneubildung und weiterhin Entwicklung von narbenähnlichem Bindegewebe durch solche Fremdkörper auch ohne jede Infektion hervorgerufen werden können.

Ich habe mich bemüht, Analoga zu meinem Fall in der Literatur aufzufinden; zu meinem Erstaunen war die Ausbeute eine sehr geringe. So reichlich einzelne klinische Angaben über Fremdkörperneubildungen und so reichlich die Arbeiten über experimentelle Einverleibung von Fremdkörpern (speziell zum Studium der Entzündung) sind, so wenig finden sich genauere histologische Beschreibungen von klinisch beobachteten Fremdkörpertumoren. Ich gebe hier zum Vergleich eine kurze Auswahl aus der Literatur, ohne natürlich auf Vollständigkeit irgend welchen Anspruch zu machen.

Die der unsrigen ähnlichste Beobachtung finde ich bei Ziegler, der einen durch Einheilung eines Hundehaars bedingten Tumor abbildet. Sehr häufig sind entzündliche Neubildungen bekanntlich um Ligatur- und Nahtfäden (E. Kraus, Granulations- und Riesenzellenbildung, ebenso Lesser usw.). Ähnlich sind die Riesenzellenbildungen um Elfenbeinstifte (Aufrecht), die Granulationen um Glassplitter (Brauchli), um Baumwollfäden (v. Recklinghausen). Nicht selten wurden Fremdkörperneubildungen im Peritoneum beobachtet, so von C. Meyer (Riesenzellenhaltige Granulome bedingt durch Cholesterinkristalle, die aus einer geplatzten Ovarialzyste ins Peritoneum gelangt waren); von v. Recklinghausen (Fremdkörpertumor im Peritoneum um ein bei einer Operation zurückgelassenes Schwammstück); von Hanau (Fremdkörpergranulome um Nahrungsreste, die durch eine Magenperforation bei Karzinom in die Bauchhöhle gelangt waren).

Relativ oft wurden klinisch beobachtete Fremdkörperentzündungen von den Ophthalmologen zum Gegenstand eingehender Studien gemacht. So berichtet z. B. Pagenstecher über Fremdkörperriesenzellen, welche durch ein Raupenhaar in der Iris bedingt waren; in einem Fall Hagemanns hatten Insektenhaare in der Iris und Konjunktiva zu dem gleichen Resultat geführt usw.

Weiter kann man zum Vergleich heranziehen die entzündlichen Veränderungen, welche sich bei den sogenannten traumatischen Epithelzysten einstellen. Diese werden bekanntlich dadurch bedingt, daß Stückchen von Epidermis durch ein Trauma in die Kutis verlagert werden und sich dort weiterentwickeln oder auch — nach einer neueren Erklärung — dadurch, daß Haarfollikel verletzt werden und ihre Reste verhornende Epithelmassen in der Kutis bedingen. Hier wie bei den eigentlichen Atheromen wirken mit dem Bindegewebe in unmittelbare Berührung tretende Hornlamellen als Fremdkörper und führen besonders zu Riesenzellenbildung. Ähnlich werden auch die Riesenzellen bei Karzinomen und bei allen möglichen zu Follikelzerstörung führenden Hauterkrankungen aufgefaßt.

Ein letztes Vergleichsobjekt stellen Fremdkörpertumoren dar, welche sich nach Injektionen medikamentöser Substanzen entwickeln, wie bekanntlich von Paraffin, Jodölen, Eisen- und Quecksilberpräparaten usw., speziell solcher Substanzen, welche schwer resorbiert werden und Nekrosen bedingen.

Außerordentlich viel zahlreicher sind, wie erwähnt, die Untersuchungen über

Digitized by Google

experimentell in den Tierkörper eingebrachte Fremdkörper. Es ist unmöglich, hier auf die enorm angewachsene Literatur über dieses Thema einzugehen, und ich erwähne nur die Arbeiten von Senftleben, Rosenberg, Weiss, Hamilton, Emil Marchand, Heidenhain, Jacobson, Ziegler, v. Recklinghausen, Borst, Sulzer, Graser, Roloff, Ranvier, Muscatello, und ganz vor allem die eingehenden Untersuchungen von Felix Marchand und Maximow, welche die genauesten und modernsten Beschreibungen der bei den experimentellen Fremdkörperentzündungen auftretenden Zellformen geben und ihre gegenseitigen Beziehungen besonders zu klären versucht haben. Auch in der oben bereits zitierten Arbeit von v. Baeyer sind genaue Beschreibungen der von ihm durch chemisch wenig und stark differente Körper erzeugten Veränderungen gegeben (Elfenbein, Hartgummi einerseits, Silber, Aluminium, Eisen, Messing und Kupfer andererseits).

Besonders möchte ich hier noch auf die Arbeit von Büngners hinweisen, welcher durch Versuche mit Terpentin, Jodoform und mit Staphylokokken die Meinung, daß Riesenzellenbildung nur durch die Anwesenheit von Mikroorganismen bedingt sei (Nägeli), widerlegte. Auch in unserem Fall hatte ich vielmehr den Eindruck, daß die Riesenzellenbildung von den Fremdkörpern als solchen und nicht von der Infektion abhängig sei.

Wenn ich mit Rücksicht auf den wesentlichen Inhalt dieser Arbeiten noch besprechen soll, was sich aus unserer Beobachtung für die histologische, resp. histogenetische Betrachtung der Fremdkörpertumoren ergibt, so kann ich mich nach der oben gegebenen histologischen Beschreibung und den die Pathogenese erörternden Bemerkungen auf einiges Wenige beschränken.

Es ist selbstverständlich, daß auch die eingehendste Untersuchung eines einzelnen Falles und noch dazu eines solchen, bei dem Fremdkörperwirkung und Infektion Hand in Hand gehen, nicht gestattet, Stellung zu nehmen zu den schwierigsten Fragen der Entzündungshistologie, speziell zu den Beziehungen der verschiedenen Zellformen zueinander, die selbst bei experimentellen Untersuchungen, wie z. B. aus der Arbeit v. Baeyers hervorgeht, vielfach unentschieden gelassen werden müssen.

Nur folgendes möchte ich betonen:

1. Wie bei vielen infektiösen Hauterkrankungen akuter und chronischer Natur spielt auch bei unserem Fall die Plasmazellenansammlung eine besonders große Rolle. Da sie auf der einen Seite bei den einfachen Pyodermien fehlt oder minimal ist, andererseits aber auch bei nicht infizierten Fremdkörperentzündungen nicht besonders ausgesprochen zu sein scheint, so werden wir vielleicht in der Annahme nicht fehlgehen, daß in unserem Falle gerade die Kombination der Infektion und der Fremdkörperwirkung zu dieser Plasmombildung geführt hat — wenn auch möglicherweise nur in dem Sinne, daß, wie oben bereits erwähnt, durch die bleibende Anwesenheit und Erneuerung der Fremdkörper und der Infektion diese im chronischen Sinne umgestaltet worden ist.

Die Massenhaftigkeit der Plasmazellen, ihre Anhäufung weit über

Digitized by Google

die Herde der Infektion und der Fremdkörper hinaus läßt an die Möglichkeit denken, daß es sich hier um ein „Plasmozytom" gehandelt haben könnte, d. h. um ein aus Plasmazellen bestehendes Neoplasma im eigentlichen Sinne, zu dem Fremdkörper resp. Infektion nur den Anstoß gegeben hätte, das sich dann aber (gleichsam emanzipiert von der ursprünglichen Ursache) selbständig weiter entwickelt hätte. Eine solche Auffassung würde z. B. der Hedingers entsprechen, welcher eine außergewöhnlich starke Plasmazellenansammlung im Anschluß an ein karzinomatös degeneriertes Schweißdrüsenadenom als wirkliches Plasmozytom bezeichnet.

Doch wird sich die Notwendigkeit einer solchen Auffassung wohl niemals beweisen lassen, wenn die ursprüngliche Ursache, wie in unserem Falle, fortwirkt und nicht wirklich fern von dem Ort ihrer Wirksamkeit, also etwa metastatisch, Plasmazellentumoren aufzufinden sind.

2. Trotz sehr reichlicher Gelegenheit dazu habe ich beweisende Umwandlungen von Plasmazellen in Bindegewebszellen nicht gesehen, wie solche bekanntlich Unna beschreibt. Eine weitere Erörterung dieser Frage würde hier viel zu weit führen.

3. Sehr instruktiv sind die Bilder von der Einkapselung der Haare. Sie erinnern, wie ich oben schon betont habe, an die von v. Baeyer beschriebenen Befunde bei seinen aseptisch eingeheilten, chemisch differenten Fremdkörpern. Am wahrscheinlichsten ist es wohl, daß die innere zellreichere Zone so lange bestehen bleibt, wie die Haare noch einen chemischen Reiz ausüben, und daß sie allmählich in die äußere zellarme übergeht. Auch das spricht in dem Sinne, daß die Haare keine chemisch indifferente Masse für den Körper darstellen, wie solche nach v. Baeyers Untersuchungen übrigens kaum existieren.

4. Von besonderem Interesse ist das Eindringen der Haare ins Epithel. Die Bilder, die ich speziell von der Fistel beschrieben habe, scheinen dafür zu sprechen, daß, sowie die Haare mit dem Rete in Berührung kommen, dieses sie umwächst und mit einer Hornschicht umgibt. Im Gegensatz zu dem, was man sonst am Epithel zu sehen gewohnt ist, müssen aber solche Haare nicht mit der Hornschicht nach außen abgestoßen, sondern sie können augenscheinlich inkorporiert werden. Das kann entweder darauf beruhen, daß sie entsprechend ihrer Widerstandsfähigkeit immer weiter von Epithel- und Hornschicht umwachsen und bei Bewegungen allmählich in die Tiefe gebracht, oder daß sie von vornherein wenigstens an einem Punkte mit dem Bindegewebe in Berührung kommen und dann erst vom Epithel umwachsen werden.

Digitized by Google

Literatur.

1. Aufrecht, Riesenzellen in Elfenbeinstiften. M. Zbl., 1877, Nr. 26. — 2. Baumgarten, Rolle der fixen Zellen bei der Entzündung. B. kl. W., 1900, Nr. 39 u. 40. — 3. v. Baeyer, Fremdkörper im Organismus. Einheilung. Beitr. z. klin. Chir., 1908, Bd. 58. — 4. Benaghi, Über die Wirkung von Fremdkörpern auf den tierischen Organismus. Virch. Arch., Bd. 156, II. — 5. Bolognesi, Sulla intraduzione di paraffina fusa. Clin. Chir., 1905. — 6. Borst, Chronische Entzündung. Ergebnisse d. allgem. pathol. u. path. Anat., 1899. — Borst, Neue experimentelle Beiträge zur Fremdkörpereinheilung. Verhandl. der deutschen pathol. Gesellschaft, 1899, 2. Tagung. — 7. Böhm, Traumatische Epithelzysten mit Fremdkörperriesenzellen in der Haut. Virch. Arch., Bd. 144. — 8. Bräuchli, Granulationsgeschwulst, hervorgerufen durch Glassplitter. Inaug.-Diss., Zürich 1897. — 9. v. Büngner, O., Über die Einheilung von Fremdkörpern unter der Einwirkung chemischer und mikroskopischer Schädlichkeiten. Arch. f. kl. Chir., Bd. 50. — v. Büngner, O., Über die Einheilung von Fremdkörpern unter der Einwirkung chemischer und mikroskopischer Schädlichkeiten. Zieglers Beiträge, Bd. 19. — 10. Des Fosses, Des cas de kystes epidermiques des doigts. Arch. génér. de méd., Januar 1895. — 11. Ehrlich, L., Ursprung der Plasmazellen. Virch. Arch., Bd. 175. — 12. Foà, Ergebnisse pathol. Anatomie, 1908. — 13. Fischer, Fremdkörper in der Herzwand. D. m. W., 1902, Nr. 35. — 14. Le Forl, Des kystes dermoides traumatiques. Revue de Chirurgie, Bd. 14, S. 1013. — 15. Garré, Über traumatische Epithelzysten der Finger. Bruns Beitr. zur klin. Chir., 1894, Bd. 11. — 16. Grusdew, Zur Frage von Fremdkörpern in der Bauchhöhle. Russkj. Wratsch., 1906 u. Zbl. f. Chir., 1906, Nr. 41. — 17. Heidenhain, Über die Verfettung fremder Körper in der Bauchhöhle. Breslau 1872. — 18. Hanau, Korr. Bl. Schweiz., Jahrg. 21. — 19. Hamilton, On sponge grafting. Edinburgh J., 1881/82, Bd. 27. — 20. Hammerl, Über die beim Kaltblüter in Fremdkörper einwandernde Zellformen und deren weitere Schicksale. Zieglers Beitr., 1896, Bd. 19. — 21. Hinsberg, Über die Beteiligung des Peritonealepithels bei der Einheilung von Fremdkörpern. — 22. Jacobson, Über das Vorkommen von Riesenzellen in gut granulierenden Wunden der Weichteile des Menschen. Virch. Arch., Bd. 65. — 23 Jarisch, Zur Lehre von den Hautgeschwülsten. Arch. f. Derm., 1894, Bd. 28. — 24. Kirschner, Paraffininjektionen am menschlichen Gewebe. Virch. Arch., Bd. 182. — 25. Kopeč, Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der tuberkelähnlichen Gebilde in der Bauchhöhle vom Meerschweinchen unter Einwirkung von Fremdkörpern. Zieglers Beitr., 1904, Bd. 35. — 26. Kraus, Fremdkörperriesenzellen um Sutur- und Ligaturfäden. Virch. Arch., 1884, Bd. 95. — 27. Krompecher, Beitrag zur Lehre von den Plasmazellen. Zieglers Beitr., Bd. 24. — 28. Lager, Die Lehre von den Fremdkörpern. Inaug.-Diss., Tübingen 1891. — 29. v. Lesser, L., Über das Verhalten von Katgut im Organismus. Virch. Arch., 1884, Bd. 95. — 30. Lubarsch, Neueres über Entzündungslehre. D. m. W., 1898, Nr. 32—35. — 31. Manasse, Über Granulationsgeschwülste mit Fremdkörperriesenzellen. Virch. Arch., Bd. 136. — 32. Marchand, Emil, Über die Bildungsweise der Riesenzellen im Fremdkörper und den Einfluß des Jodoforms darauf. Virch. Arch., 1883, Bd. 93. — 33. Marchand, Felix, Untersuchungen über die Einheilung von Fremdkörpern. Zieglers Beitr., 1889, Bd. 4. — Marchand, Felix, Prozeß der Wundheilung. Stuttgart 1901. — 34. Maximow, Untersuchung über die entzündliche Neubildung des Bindegewebes. Zieglers Beitr., 1902, 5. Supplementbd. — Maximow, Weiteres über Entstehung, Struktur und Veränderung des Narbengewebes. Zieglers Beitr., 1903. — 35. Merkel, H., Herkunft der einzelnen Zellarten bei der Entzündung. Ergebnisse der allg. Pathol., 1903, Bd. 9. — Merkel, H., Entzündliche und infektiöse Neubildungen

Digitized by Google

und pathologische Organisation. Lubarsch-Ostertag 1905. — 36. Meyer, C., Fremdkörperperitonitis mit Bildung von riesenzellenhaltigen Partien. Zieglers Beitr., 1893, Bd. 13. — 37. Oppel, Veränderungen des Myokards unter der Einwirkung von Fremdkörpern. Virch. Arch., Bd. 169. — 38. Pagenstecher, Sitzungsbericht über die XV. Versammlung der ophthalmol. Gesellschaft. — 39. Paltauf, Entzündliche und infektiöse Neubildungen, Lubarsch-Ostertag, 1895, 2. Bd. — 40. v. Recklinghausen, Virch. Arch., Bd. 28, S. 157. — 41. Reverdin, Des kystes epidermiques des doigts. Rev. Suisse Rom., 1887, Bd. 7. — 42. Reinbach, Untersuchung über den Bau verschiedener Arten von menschlicher Wundgranulation. Zieglers Beitr., 1901. Bd. 30. — 43. Ribbert, Beiträge zur Entzündung. Virch. Arch., Bd. 150. — 44. Rosenberg, Über das Einheilen unter aseptischen Kautelen und das Schicksal frischer und toter Gewebsstücke in serösen Höhlen. Langenbecks Arch. f. klin. Chir., 1880, Bd. 25. — 45. Rühle, Neue experimentelle Beiträge über die Vorgänge bei der Fremdkörpereinheilung. Inaug.-Diss., Würzburg (1899) 1901—1902. — 46. Salzer, Über Einheilung von Fremdkörpern. W. kl. W., 1890, Nr. 8. — 47. Schweninger, Beitrag zur experimentellen Erzeugung von Hautgeschwülsten durch subkutan verlagerte Hautstücke. Charité-Annalen, 1886, Bd. 11. — Schweninger, Über Transplantation und Implantation von Haaren. Zschr. f. Biol., 1875, Bd. 11. — 48. Scheuer, Fremdkörperriesenzellen um degenerierte elastische Fasern. Virch. Arch., 1912, Bd. 208. — 49. Senftleben, Beitrag zur Lehre von der Entzündung und den dabei auftretenden korpuskulären Elementen. Virch. Arch., 1878, Bd. 72. — 50. Stein, Paraffininjektionen. Stuttgart 1904. — 51. Stüler, Organismus und Fremdkörper. Inaug.-Diss., Jena 1894. — 52. Terebensky, Entzündung und Resorption nach Einführung spezifischer und nichtspezifischer Fremdkörper. Arch. f. Derm., 1909, Bd. 95. — 53. Trendelenburg, Schußverletzung des Herzens mit Einheilung der Kugel. Zbl. f. Chir., 1902. — 54. Vigliani, Jahresbericht für Chirurgie. 1907. — 55. Wagemann, Über pseudotuberkulöse Entzündung der Konjunktiven und Iris durch Raupenhaare. Graefes Arch. f. Ophthalmol., Bd. 36. — 56. Waimann, Epidermoide mit Einschluß von Fremdkörpern. Zbl. f. Chir., 1902. — 57. Weiß, Über Bildung und Bedeutung der Riesenzellen und über epithelähnliche Zellen, welche um Fremdkörper im Organismus sich bilden. Virch. Arch., 1876, Bd. 68. — 58. Ziegler, Lehrbuch der allgemeinen Pathologie. — Ziegler, Über entzündliche Bindegewebsneubildung. C. f. a. P., 1902, XIII. — 59. Zieler, Über die bei aseptischer Entzündung des Bindegewebes auftretenden Zellformen. Arch. f. Derm., 1907, Bd. 85.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

b. Hoden- und Samenbläschen.

Wechselbeziehungen zwischen Hoden und Prostata, von B. Hada und A. Götzl. (Prag. m. W., 1914, Nr. 32.) Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Untersuchungen haben die Frage behandelt, welchen Einfluß die sogenannten „sexuellen" Operationen auf Hoden und Prostata nehmen. Es ergab sich 1. beiderseitige Kastration: sehr rasches Auftreten von Atrophie in der Prostata bei Kaninchen und Hund. 2. Unterbindung und Durchschneidung beider Vasa deferentia: a) Hund. Der Hoden bleibt ohne Veränderungen, wofern die das Vas deferens begleitenden Nerven und Gefäße bei der Operation nicht geschädigt werden. Prostata vollkommen unverändert. b) Kaninchen. Fast immer Atrophie der Hoden, weil bei der Operation eine Schädigung der den Samenstrang begleitenden Nerven und Gefäße nicht zu vermeiden ist. Prostata dabei vollkommen un-

Digitized by Google

verändert. 3. Injektion von Jodtinktur in den Hoden von Kaninchen: heftige Entzündung und konsekutive Schrumpfung des Hodens. Prostata unverändert. 4. Injektion von Jodtinktur in beide Vasa deferentia: Hoden atrophisch, Prostata unverändert. 5. und 6. Abschabung der Prostata mit nachfolgender Thermokauterisierung und Prostatektomie: vollständige Atrophie der germinativen Bestandteile des Hodens. E. Klemm-Leipzig.

c. Prostata.

Pathologie der Prostata, von E. O. Smith-Cincinnati. (J. Am. m. Assoc., 6. Dezember 1913.) Die Prostata besteht aus fünf abgegrenzten Drüsenbezirken, die als Lappen bezeichnet werden können. Das Organ erreicht den Höhepunkt seiner Entwicklung um das 20. Lebensjahr. Die einzelnen Lappen sind nicht durch Kapseln voneinander getrennt. Das Drüsengewebe steht durch zahlreiche Gänge mit der hinteren Harnröhre in Verbindung. Die Drüse ist von einem dichten Plexus von Venen umgeben. Die häufigste Ursache der Erkrankung der Prostata ist der Gonokokkus, der in das Drüsengewebe von der hinteren Harnröhre aus eindringt; es kann zur akuten Entzündung oder zur Abszedierung kommen. Jedoch viele Fälle von Gonokokkeninfektion verursachen geringe Symptome, indem die Gonokokken im Ruhezustand liegen bleiben, um später wieder zu neuem Leben zu erwachen und Infektionen zu verursachen. Die Prostata ist jedoch nicht immer hierfür verantwortlich zu machen, da auch die Samenblasen häufiger infiziert werden, als man früher annahm. Die Tuberkulose der Prostata kann primär auftreten, ist aber meist sekundärer Art und entwickelt sich meist im Anschluß an eine Urogenitaltuberkulose. Kalkablagerung wird nicht selten in der jugendlichen Prostata beobachtet. Es handelt sich hierbei entweder um eine Durchsetzung des ganzen Organes mit Kalkkonkrementen oder um einen einzelnen großen Stein oder um eine Tasche mit vielen hunderten kleinen Steinen. Nach dem 50. Lebensjahr zeigt die Prostata häufig senile Veränderungen; es kann sich hierbei handeln um Adenome, Fibrome oder maligne Entartungen. Bei den Adenomen handelt es sich um eine mächtige Entwicklung des Drüsengewebes ohne bemerkenswerte Vermehrung des Stromas. Diese Veränderung ist leicht per rectum zu fühlen; die Prostata zeigt hierbei keine Verhärtung. Ist das interglanduläre Gewebe, das Stroma, vermehrt, so ist die Vergrößerung nicht so stark; die Drüse fühlt sich hart an. Die adenomatöse Wucherung geht meist vom mittleren Lappen aus. Die malignen Geschwülste, Karzinom, Adenokarzinom oder Sarkom, welch letzteres außerordentlich selten ist, beginnen meist im hinteren Lappen. Ein Kranker kann zu gleicher Zeit an Hypertrophie und Karzinom leiden, da diese pathologischen Prozesse verschiedene Teile der Drüse befallen. H. Fendt-Wiesbaden.

Die Abderhaldensche Reaktion im Blute der Prostatiker, von S. Colombino-Turin. (Giorn. d. R. Accad. di M. di Torino, 1914, Nr. 11—12.) Untersuchungen an zwölf Patienten, von denen vier prostatakrank waren. Bei diesen fiel die Reaktion stets scharf positiv, bei den übrigen negativ oder nur schwach positiv aus.

K. Rühl-Turin.

Die bimanuelle Untersuchung der Prostata, von H. F. O. Haberland. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 16.) Als einfachste Methode, um eine genaue Vorstellung über Größe, Gestalt und Konsistenz der Prostata und Samenblasen zu gewinnen, empfiehlt H. die bimanuelle Untersuchung. Patient liegt auf dem Rücken mit angezogenen Beinen und atmet mit offenem Munde. Die Blase muß vorher völlig entleert werden. Während man den Zeigefinger der einen Hand ins Rektum einführt und sich die hintere Wand der Symphyse abtastet, an der die vordere Fläche der Prostata fast unmittelbar liegt, drückt man mit der anderen Hand langsam von den Bauchdecken aus die leere Harnblase dem rektal eingeführten Finger entgegen. E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Die Bakterienflora der normalen Prostata, von H. Unterberg-Budapest. (Orv. Ujság, 1913, Nr. 4.) In der Prostata konnten in 12 Fällen Bakterien nachgewiesen werden und in 13 Fällen haben die diesbezüglichen Untersuchungen die Prostata als steril nachgewiesen. In 10 Fällen war der Bakterienbefund sowohl in der Harnröhre, als auch in der Prostata positiv; in weiteren 10 Fällen war er in der Prostata negativ, während er in der Harnröhre positiv war; in 2 Fällen war er in der Prostata positiv und in der Harnröhre negativ, während er in 3 Fällen in der Prostata und in der Harnröhre negativ war. In 13 Fällen fand Verfasser nur eine Mikrobienart, in 5 Fällen zwei verschiedene und in 2 Fällen drei verschiedene Arten. In der Prostata fand er in 8 Fällen nur eine Art, und in 4 Fällen zweierlei. Am häufigsten wurde in der Harnröhre der Staphylococcus aureus 17mal, dann der Staphylococcus albus 5mal, der Streptokokkus 3mal, das Bacterium coli 3mal und der Fränkelsche Diplokokkus 1mal gefunden. In 10 Fällen kam Staphylococcus aureus vor, während der Staphylococcus albus 3mal, der Streptokokkus 2mal und das Bacterium coli 1mal gezüchtet werden konnte. Auf Anaërobbakterien untersuchte Verfasser in 6 Fällen, aber es wurden weder aus dem Harnröhren- noch aus dem Prostatasekret solche gezüchtet. Im Alter von 13—30 Jahren war der Harnröhrenbefund in 73,3% positiv. Das Prostatasekret war in 33,3% positiv. Im Alter von 30—60 Jahren war der Harnröhrenbefund in 90% positiv. Aus dem Prostatasekret züchtete Verfasser in 70% Bakterien.

M. Porosz-Budapest.

Der Mechanismus der prostatischen Urinretention, von E. L. Keyes jr.-New York. (Am. J. m. science, Mai 1914.) Bekanntlich gibt es viele Fälle von recht erheblicher Vergrößerung der Vorsteherdrüse ohne Störungen des Urinabflusses und andererseits Fälle von scheinbaren Prostatabeschwerden ohne Vergrößerung des Organs. Nach K.s Darlegungen ist das den Urinabfluß hemmende Moment nicht unmittelbar in der Intumeszenz der Drüse begründet, vielmehr ist das eigentliche Hindernis in einem am Blasenhals am Boden der Urethra gelegenen Wulst von Muskulatur in der Schleimhaut (ein nach der vorliegenden Schilderung vom Sphinkter unabhängiges Gebilde), der nicht ganz bis zum Dach der Urethra reicht, gegeben. Bei Lagerungsverschiebungen am Blasenhals, wie dies bei Prostatahypertrophie natürlich besonders leicht vorkommt, wird dieser Wulst beim Versuche zu urinieren gegen das Dach der Harnröhre durch die Kontraktion der Blasenmuskulatur direkt angepreßt, bis, bei höheren Graden der Störung, jegliches Ausfließen von Urin unmöglich gemacht wird. Dieser Wulst wird durch die Prostatektomie nach hohem Blasenschnitt viel leichter vollständig beseitigt, als bei der perinealen Operation. Aus diesem Umstand erklären sich die oft überraschenden Erfolge bzw. Mißerfolge der chirurgischen Eingriffe und namentlich die oft unleugbar günstigen Resultate des Bottinischen Verfahrens. A. Philippi-Salzschlirf.

Nutzen der Anwendung der Harnstoffsekretionskonstante bei den Prostatikern, von E. Leguen. (B. kl. W., 1913, Nr. 38.) Der Erfolg der heute definitiv anerkannten Freyerschen Prostatektomie ist abhängig von der richtigen Auswahl der Kranken. Die Niereninsuffizienz spielt wohl die größte Rolle für die Komplikationen nach der Operation. Die Kenntnis der Nierenfunktion vor der Operation ist daher von der allergrößten Bedeutung. Man hatte früher zwei Verfahren zu seiner Verfügung: die Analyse des Urins und die durch Injektion von Substanzen hervorgerufene Ausscheidung. Die Unsicherheit bei den erzielten Resultaten war noch immer groß, erst moderne Methoden haben einen sehr bedeutsamen Fortschritt in der Abschätzung des Grades der Nierenfunktion erzielt. Diese Arbeiten haben zur Grundlage die interessanten Versuche von Widal und seinen Schülern. Wenn die Niere in ihren Ausscheidungsfunktionen gestört ist, dann sammeln sich die Produkte, welche sie aus-

Digitized by Google

scheiden muß, im Blute an. Das Studium des Blutharnstoffs gestattet uns also, den Grad der Harnstoffunktion der Niere zu bestimmen. Mit Rücksicht auf Schwierigkeiten und Fehlerquellen, welche allen Methoden anhaften, berichtet Verfasser über das Verfahren von Ambard, das ihm, gestützt auf viel genauere und viel methodischere Grundlagen, in 900 Fällen bemerkenswerte Auskünfte geliefert hat. Betroffen von dem Werte, welche die Ausdrücke Gehalt, Konzentration, Azotämie in sich selbst darstellen, andererseits sich Rechnung davon ablegend, daß die Unsicherheit, welche sie zurücklassen, darauf zurückzuführen ist, daß man sie getrennt ins Auge faßt, hat Ambard das Verdienst, erfolgreich versucht zu haben, die Faktoren zusammen nach Art einer Momentaufnahme zu gruppieren. Aus dem Verhältnis, welches zwischen ihnen besteht, geht die Harnstoffsekretionskonstante hervor, deren Aufbau auf den folgenden drei Gesetzen beruht. 1. Gesetz: Wenn die Niere den Harnstoff in einer bestimmten Konzentration ausscheidet, so verändert sich die Ausscheidung proportional dem Quadrat der Harnstoffkonzentration im Blut. 2. Gesetz: Wenn eine Person bei einer konstanten Harnstoffkonzentration im Blut Harnstoff in wechselnden Konzentrationen ausscheidet, so verhält sich die Harnstoffabgabe umgekehrt proportional der Quadratwurzel der Harnstoffkonzentration im Urin. 3. Gesetz: Wenn die Harnstoffkonzentration im Blut schwankt und ebenso die Harnstoffkonzentration im Urin, so schwankt die Harnstoffabgabe im direkten Verhältnis zum Quadrat der Harnstoffkonzentration im Blut und im umgekehrten Verhältnis der Quadratwurzel der Harnstoffkonzentration im Urin. Es besteht daher bei allen Personen ein konstantes Verhältnis zwischen dem Harnstoff des Blutes und der Quadratwurzel der Harnstoffabgabe. Dieses Verhältnis bildet die Harnstoffkonstante oder Harnstoffsekretionskonstante. Die Resultate, die die Konstante bei Abschätzung des Wertes der Nierenfunktionen bei Prostatikern liefert, gestatten uns, diese Kranken in drei Kategorien einzuteilen: 1. Fälle, bei welchen die Konstante offenbar schlecht ist, d. h. bei 0,200 oder mehr. 2. Fälle, bei welchen die Konstante gut ist, d. h. unter 0,120. 3. Fälle, bei welchen die Konstante ein Vermittler ist — mittelmäßig. Unrecht wäre es zu glauben, daß die ganze Frage der Prostatektomie sich in dem Studium der Konstante erschöpft. G. Heymann-Elbing.

Die stenosierende Atrophie der Prostata, von J. Dabs-Zürich. (Beitr. z. kl. Chir., 1914, Bd. 90, H. 2.) An der Hand eines sehr instruktiven Falles, bei dem neben den bekannten Symptomen einer Atrophie vollständige Inkontinenz und Retention eintrat, geht der Verfasser auf die allgemeine Symptomatologie und Therapie der Prostataatrophie ein, unter Heranziehung der Literatur. Die Arbeit interessiert den Chirurgen und Urologen. W. Chrzelitzer-Posen.

Über Prostataatrophie, von Achilles Müller-Basel. (Schweiz. Korr. Bl., 1914, Nr. 29.) Es ist seit langem bekannt, daß in einer Anzahl von Fällen, die die ausgesprochenen Krankheitserscheinungen der Prostatahypertrophie darbieten, durchaus keine Vergrößerung dieser Drüse vorhanden ist. Die Erklärung dieser Tatsache bot um so größere Schwierigkeiten, als man bei der Prostatahypertrophie, besonders durch die Erfolge der modernen operativen Behandlung, die Bestätigung dafür fand, daß die Insuffizienz der Blase und ihre Folgeerscheinungen durch rein mechanische Ursachen bedingt werden. Es müsse also unmöglich scheinen, bei kleiner oder gar verkleinerter Prostata dieselben Beschwerden in gleichartiger Weise zu deuten. Man suchte also in solchen Fällen, vorausgesetzt natürlich, daß jedes organische Nervenleiden, vor allem Tabes, ausgeschlossen werden konnte, die Ursachen dieser Beschwerden in der Blasenwand selbst, man nahm eine Art Klappenbildung an der Blasenmündung an, oder man suchte die Ursache in arterioskerotischen Veränderungen des Urogenitalsystems oder in einer chronischen Kontraktur oder in Narbenbildungen des Blasenhalses. Erst in den

Digitized by Google

letzten Jahren ist eine reichlichere Literatur über die „Prostataatrophie" erschienen. Mit diesem Begriffe, unter den schließlich die aus den verschiedensten Ursachen auftretenden Verkleinerungen der Drüse fallen, bezeichnete man einen durch ganz bestimmte Erscheinungen gekennzeichnete Erkrankung. Die Angaben über die Häufigkeit der Prostataatrophie und besonders über ihr Verhältnis zur Prostatahypertrophie gehen vorläufig sehr weit auseinander, jedenfalls ist die Erkrankung offenbar häufiger, als man früher annahm. Vielleicht kommt sie auch in jugendlicherem Alter vor als die Vergrößerung. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen bestehen in der Bildung kleiner Adenome, die eine entzündliche oder eine Kompressionsatrophie der übrigen Drüsen hervorrufen, oder in einer Schrumpfung des Sphincter internus. Auf diese Schrumpfung ist auch der häufig als Frühsymptom auftretende unwillkürliche Urinabgang zurückzuführen. Im übrigen sind die Krankheitserscheinungen dieselben wie bei Prostatahypertrophie. Für die Diagnose ist — bei Ausschluß eines für die Entstehung der Blaseninsuffizienz in Betracht kommenden Nervenleidens — die palpatorische und zystoskopische Feststellung des Fehlens der Prostatavergrößerung von Wichtigkeit. Bei der Zystoskopie findet sich meist eine starke Trabekelblase, oft mit Divertikeln, das Orifizium ist gewöhnlich glatt, seltener sind Unregelmäßigkeiten an der Übergangsfalte vorhanden. Für die Behandlung kommt zunächst der Katheterismus in Frage, bleibt er ohne Erfolg, die transvesikale Operation, bei der die oft winzigen Adenome wie bei der Prostatektomie entfernt werden. Da hierbei der Sphinkter durchtrennt wird, ist der stets günstige Einfluß der Operation verständlich. Für die Durchtrennung des Sphinkters allein hat man auch endovesikale Operationen vorgenommen, wie Dehnung, Bottinische Operation oder ein von Young vorgeschlagenes Stanzverfahren, durch das Teile des versiegten Orifiziums oder prominente Partien mit einem durch einen Endoskoptubus eingeführten Locheisen ausgestanzt werden. H. Böhme-Leipzig.

Verschiedenes.

Um dem Bettenmangel zu begegnen, welcher durch die Heranziehung der Wiener Universitätskliniken für Zwecke der Verwundetenpflege entstanden ist, wurde über Antrag von k. k. Ob.-Sanitätsrat Prof. Finger im „Männerheim" ein Filialspital für haut- und geschlechtskranke Zivil- und Militärpersonen mit 520 Betten eingerichtet, das unter der Leitung von Prof. Finger und Ehrmann sowie Priv.-Doz. Luithlen und Mucha steht.

Dr. Ludwig Kielleuthner, Privatdozent für Urologie in München, hat als Stabsarzt der Reserve und Chirurg einer bayerischen Sanitätskompagnie das Eiserne Kreuz II. Kl. erhalten.

Prof. Georg Matterstock, gewesener Direktor der medizinischen Poliklinik und ambulanten Kinderklinik in Würzburg, ist gestorben. Er hat einige syphilidologische Arbeiten geliefert und auch Vorlesungen über Dermatologie gehalten.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

19. Juni 1915 | Nr. 25 | Band 60

Aus der medizinischen Universitätsklinik zu Leipzig
(Direktor: Geh.-Rat Prof. v. Strümpell).

Über im Berufe erworbene Schleimbeutelerkrankungen.

Von

Dr. Erich Ebstein, Oberarzt der Klinik.

(Mit 4 Abbildungen.)

„Die Schädigungen der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit" gewinnen immer mehr an Bedeutung, je mehr sich die industriellen Betriebe entwickeln. Und so haben sich K. Ullmann und J. H. Rille entschlossen, in einer Art Handbuch (Verlag von L. Voss) alle bekannten gewerblichen und beruflichen Hautveränderungen in möglichster Vollkommenheit übersichtlich zusammenzufassen.

Unter den gewerblichen Hautveränderungen spielen die durch vorwiegend mechanische Einwirkungen bedingten eine große Rolle; unter ihnen mögen die Erkrankungen der Schleimbeutel[1]) hier hervorgehoben werden.

Es ist zwar bekannt, daß Lebensweise, Beruf, Beschäftigung den größten Einfluß auf die Entwicklung der Schleimbeutel haben, aber es verlohnt sich vielleicht doch, im Zusammenhang auf diese im Berufe erworbenen Hygrome und Bursitiden als sog. Gewerbekrankheit hinzuweisen.

„Beim neugeborenen Kind fehlen noch eine große Zahl von Schleimbeuteln, oder sind kaum andeutungsweise vorhanden, die später beim ausgewachsenen Menschen, der seine Bewegungsorgane gehörig gebraucht hat, aufgefunden worden" (Volkmann[2]).

Derartige im Berufe neugebildete Schleimbeutel hat man als akzidentelle oder supernumeräre bezeichnet. Sie können eine recht beträchtliche Größe erreichen, und unterscheiden sich in nichts von den normal angelegten Schleimbeuteln: sie entwickeln sich z. B. an Klumpfüßen unter der neuen Gehfläche, an Amputationsstümpfen (Lobstein), über den Dornfortsätzen bei starken Kyphosen (Brodie), unter Hühneraugen.

---

[1]) Über multiple symmetrische Erkrankungen der Sehnenscheiden und Schleimbeutel, besonders über die Hygromatosis rheumatica berichtete Hans Günther in Bd. 111 des D. Arch. f. kl. Med., S. 252—270, aus unserer Klinik. — [2]) R. Volkmann, Die Krankheiten der Schleimbeutel usw. in Pitha-Billroth, 1882, Bd. 2, H. 2, S. 818 ff.

Digitized by Google

Was die Entstehung der Schleimbeutel anlangt, so hat VIRCHOW[1]) darüber ausführlich berichtet. Ihre Zahl ist nicht konstant im menschlichen Körper, aber jedenfalls ungemein groß. So zählte BARDELEBEN 21 Schleimbeutel an Kopf, Hals und Extremitäten, und W. GRUBER[2]) am Kniegelenk allein 17—18 und am Ellenbogen etwa 16. Nach VELPEAU[3]) existieren auf dem Handrücken 14 an Zahl.

Die Schleimbeutel entwickeln sich, wie VIRCHOW[4]) sich ausdrückt, nach dem Bedürfnis des Individuums, oder wie SCHUCHARDT[5]) sagt, bei dem physiologischen Gebrauche des Bewegungsapparates. Nach LANGEMAKS[6]) neuesten Forschungen entstehen die Hygrome histologisch durch Verflüssigung des vermehrten Bindegewebes.

Diagnostisch[7]) wird geradezu die Erkennung der Hygrome durch ihren Sitz gesichert. Dieser entspricht Körperstellen, an denen entweder regelmäßig Schleimbeutel vorkommen oder über beständig gedrückten Knochenvorsprüngen sich zu bilden pflegen. Am häufigsten werden betroffen die Schleimbeutel an der Vorderseite des Kniegelenks (Hausmädchen, Scheuerfrauen) und an der Bursa olecrani (Bergarbeiter), die fortwährenden mechanischen Störungen ausgesetzt sind. Es folgen dann Erkrankungen der Bursae der Schulter und Hüftgelenkgegend, sowie der Kniekehle, bei deren Entstehung Zerrungen, Distorsionen, an der Bursa acromialis auch Druck von Lasten mitspielen (LEXER[8]). So beschrieb GEINITZ[9]) eine Bursa sacralis, die durch das Tragen von Marktbudenstücken auf dem Rücken bei einer 40jährigen Frau entstanden war (W. HEINEKE[10]).

Was das Hausmädchen- oder Scheuerfrauenknie anlangt, das zuerst englische Autoren beschrieben haben, so erinnert sich VOLKMANN nicht eines einzigen Falles, „wo eine solche Bildung bei einer Person, die nicht viel kniend sich beschäftigt hätte, vorgekommen wäre".

Von männlichen Kranken mit dem Hygroma praepatellare kommen Bergleute, Dackdecker, Schiffszimmerleute und Straßenpflasterer in Betracht.

Sonst treffen wir es auch in Klöstern an, infolge des Kniens auf den steinernen Fluren. Aber es ist nicht das stundenlange Knien allein, das

[1]) R. VIRCHOW, Geschwülste, 1863, Bd. 1, S. 194 ff. — [2]) W. GRUBER, zitiert nach VOLKMANN. — [3]) VELPEAU, zitiert nach VOLKMANN. — [4]) VIRCHOW, a. a. O. — [5]) SCHUCHARDT, Die Entstehung der subkutanen Hygrome. Virch. Arch., 1890, Bd. 121. — [6]) O. LANGEMAK, Die Entstehung der Hygrome. Arch. f. kl. Chir., 1903, Bd. 70, S. 947. — [7]) Hier sei daran erinnert, daß sich unter dem Bilde der Schleimbeutelhygrome ein gichtischer Prozeß (Schleimbeutelgicht) verbergen kann. (W. EBSTEIN, Die Natur und Behandlung der Gicht. 2. Aufl. Wiesbaden 1906, S. 45.) — [8]) LEXER, Allgem. Chirurgie. — [9]) GEINITZ, Deutsche Klinik, 1862, Bd. 33. — [10]) W. HEINEKE, Anatomie und Pathologie der Schleimbeutel. Erlangen 1868, S. 91.

Digitized by Google

sich mit einem ruhigen Verharren in zurückgebeugter Körperhaltung verbunden hat, sondern der Körper wird vielfach ganz nach vorn gebeugt. Und so wird z. B. gerade beim Scheuern eine „Vierfüßerstellung" eingenommen, bei der die eigentliche Patellargegend nicht „bloß zur Stütze genommen, sondern auch gedrückt wird". So sieht Sternberg[1]) die Bursitis praepatellaris als Berufskrankheit der Parkettleger an, und Schütte den sog. Knieschwamm als ausgesprochene Gewerbekrankheit der Schornsteinfeger (vgl. Weyl, S. 456), Hirt[2]) sah die gleiche Affektion auch bei Arbeiterinnen in Spiegelfabriken, sofern sie die Spiegelplatten kniend polieren; ferner vereinzelt bei Böttchern. Layets[3]) Angabe, daß Marmorarbeiter infolge des Anstemmens der Knie gegen den in Arbeit befindlichen Stein öfter daran leiden, hatte Hirt nicht bestätigen können.

Bei den mehr in liegender Stellung arbeitenden Kohlenbergarbeitern in einigen Gegenden Englands sah besonders Gurney das Hygroma olecrani so häufig, daß er von „the miners' elbow" sprach, während Schütte (a. a. O., S. 456) eine Entzündung des Ellenbogenschleimbeutels bei Schornsteinfegern relativ selten beobachtete.

Dagegen hat Dreyfus (zitiert bei Weyl, S. 364) bei Gerbern an bestimmten Stellen, besonders an den Ellenbogen Schleimbeutelentzündungen und Schwielen durch den Druck ihrer Werkzeuge entstehen sehen.

Auch bei Tischlern sah schon Velpeau (1795—1868) mitten auf dem Brustbein infolge des Gegenstemmens der Instrumente sich Schleimbeutel bilden (zitiert bei Volkmann, S. 820).

Bei Soldaten finden sich häufig abnorme Schleimbeutel an der vorderen Fläche der Schulter und auf dem Schlüsselbein durch das fortwährende Gegenschlagen des Gewehrs. (Volkmann.)

Wie W. Gruber (Volkmann, S. 819) einen besonderen Schleimbeutel am Knie bei Schustern beschrieben hat, so hat Layet[4]) bei Schneidern auf die Bildung von Schleimbeuteln an den äußeren Malleolen, am Köpfchen der Fibula und am vorspringenden Ende des fünften Metatarsalknochens als Druckerscheinung hingewiesen.

Schon Bernardino Ramazzini (1633—1714), der Vater der Gewerbehygiene, berichtet, daß die Schneider infolge des Sitzens mit übereinandergeschlagenen Beinen, „cum fere ex necessitate crurum alterum super femur inflexum cogantur detinere", an Steifigkeit, Hinken und Hüftweh leiden[5]), aber der Druckschwielen gedenkt er nicht. Sie scheinen auch

[1]) Sternberg in: Weyl, Arbeiterkrankheiten, a. a. O., S. 433. Lexer, Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. 3. Aufl. Stuttgart 1908, Bd. 2, S. 134. — [2]) L. Hirt, Die äußeren Krankheiten der Arbeiter, Leipzig 1878, S. 80. — [3]) Layet, Allg. u. spez. Gewerbepathologie, 1877, S. 313. — [4]) Layet, Allg. u. spez. Gewerbepathologie, 1877, und Ebstein in: Weyl, a. a. O., S. 412. — [5]) Ramazzini, De morbis artificum, Patavii 1713, S. 252.

Digitized by Google

nicht sehr häufig zu sein; ich habe sie auch noch nirgends bildlich wiedergegeben gesehen.

Fig. 1. Hygrome bei einem 23jähr. Schneider. (Eigene Beobachtung.)

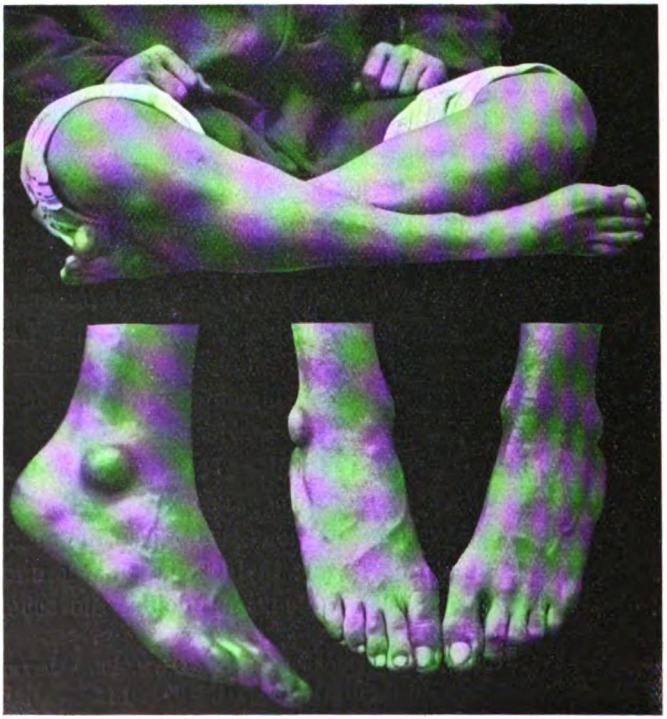


Fig. 2. Hygrome bei einem 19jähr. Schneider; oben: sog. Schneiderstellung. (Eigene Beobachtung.)

Digitized by Google

Ich habe sie aber in letzter Zeit bei drei Schneidern beobachten können, seit ich darauf achte.

Der eine, 23 Jahre alt, litt an einer akuten Polyarthritis und einem Mitralfehler, weswegen er die Klinik aufsuchte. Die beigegebenen Abbildungen (Abb. 1) zeigen sehr deutlich das Vorhandensein von drei Druckschwielen an der Außenseite des rechten Fußes, der beim Übereinanderlegen der Beine bei der Arbeit am meisten belastet wird.

Der andere, ein 19jähriger Schneider, kam ebenfalls mit rheumatischen Beschwerden ins Krankenhaus. Die Abbildungen (Abb. 2) zeigen fast die analogen Verhältnisse, und zwar einen stärkeren Druck auf den rechten Fuß.

Es ist auffällig, daß in diesen beiden Fällen von Hygrombildung sich rheumatische Affektionen wie in den Beobachtungen von GÜNTHER (s. o.) fanden, die demnach vielleicht auch die traumatische resp. gewerbliche Entstehung von Hygromen zu fördern scheinen.

Auch scheint nach WIETING und REINHARDT[1]) der sog. Türkensitz mit stark auswärts rotierten Beinen und der auf Trochanteren und Malleolen, sowie bei Betübungen der auf die Tuberositas tibiae bewirkte Druck jedenfalls zu einer in der Türkei relativ häufigen Erkrankung der Bursae trochantericae profundae zu prädisponieren, die in zwei Formen auftritt. Die seltenere stellt die von REINHARDT beschriebene „chronische primär sklerosierende Tuberkulose der Schleimbeutel" vor, und wird wahrscheinlich auch in ihrer Entwicklung durch chronisch mechanische Reizungen der Schleimbeutel gefördert, während das eigentlich ätiologische Moment die Tuberkulose darstellt.

Fig. 3. Ein Hindu (Panjabit) auf der Erde mit stark ausgebogenen Knien sitzend. (Nach HAVELOCK CHARLES.)

Diesen sogenannten Türkensitz oder diese „Schneiderstellung"[2]) (Abb. 2, oben) pflegen auch die Hindus (Panjabiten) anzunehmen, die mit so stark nach unten gebogenen Oberschenkeln sitzen, daß die Knie beinahe die Erde berühren, und mit gebeugten Unterschenkeln (Abb. 3). In einer ähnlichen sitzenden Stellung, die aber noch mehr markiert ist, pflegen auch die Australier zu sitzen[3]).

HAVELOCK CHARLES hat nun besondere Eigentümlichkeiten des Skeletts der Panjabiten beschrieben, die wertvolle Beiträge liefern zur Beleuchtung der Lehre von der

[1]) WIETING, D. Zschr. f. Chir., Bd. 74; REINHARDT, ebenda, Bd. 98, sowie WIETING PASCHA, Gülhane-Festschrift, Leipzig 1909, S. 116—118. — [2]) ERICH EBSTEIN, Über Lage und Lagerung von Kranken in diagnostischer und therapeutischer Beziehung. Ergebnisse der inneren Medizin, 1912, Bd. 8, besonders S. 385 f. — [3]) G. RETZIUS, Über die Vererbung erworbener Eigenschaften, in dessen Biolog. Untersuchungen. Neue Folge, 1895, Bd. 7, S. 65, Fig. 2 u. 3.

Digitized by Google

Möglichkeit des Entstehens von Veränderungen durch Verschiedenheit in der Körperhaltung, in Gewohnheiten und Gebräuchen.

Nach anhaltenden Märschen sind nach W. Heineke[1]) die Entzündungen der Fußsohlenschleimbeutel nicht selten. „Durch die dicke Haut der Fußsohle läßt sich jedoch der geschwellte Schleimbeutel nicht fühlen. Außer einer geringfügigen und nirgends scharf abgegrenzten Schwellung ist der Schmerz an der bestimmten Stelle das Hauptsymptom."

Nach C. F. Schmidt (Weyl, S. 451) sieht man bei Glasschleifern mitunter einen Schleimbeutel mitten an der inneren Vorderarmseite. „Er entsteht dadurch, daß der Schleifer seine Arme gegen Holzpflöcke stemmt, zwischen Hakenfortsatz der Elle und den inneren Oberarmknorren, und an dem Hakenfortsatz hat man gelegentlich durch Druck erzeugte Schleimbeutel beobachtet."

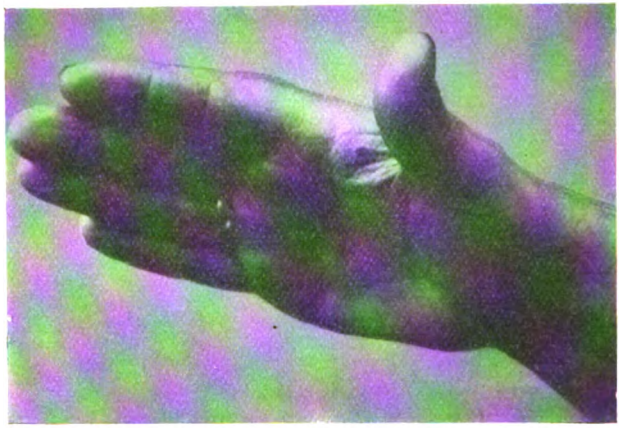


Fig. 4. Berufsschwiele bei einem Masseur. (Eigene Beobachtung.)

An der Endphalanx des Mittelfingers, dort, wo man den Bleistift oder die Feder beim Schreiben anzudrücken pflegt, können bei solchen, die viel zu schreiben haben, leicht Druckschwielen entstehen, die früh erworben, nur schwer wieder verschwinden.

Bei Masseuren entwickeln sich auf der Schleimhautfalte zwischen Daumen und Zeigefinger der rechten Hand ebensolche Schwielen (Abb. 4), die vorzugsweise ein professionelles Merkmal sind und, wie Layet sich allgemein ausdrückt, „das Resultat einer hyperplastischen Reizung". Die mit Schwielen im ganzen oder an besonderen Druckstellen ausgerüstete Hand spricht für eine Arbeitshand im allgemeinen oder läßt eine bestimmte Beschäftigung geradezu erkennen.

„Die stumme Sprache der Hand" — wie C. Gerhardt[2]) mit Recht betont — „sagt dem Arzte, der sie versteht und beachtet, vieles, was teils Fragen erspart, teils zu Fragen in bestimmten Richtungen veranlaßt und berechtigt."

[1]) W. Heineke, Anatomie und Pathologie der Schleimbeutel usw., Erlangen 1868, S. 114. — [2]) C. Gerhardt, Die Hand des Kranken, Leipzig 1898, S. 12.

Digitized by Google

Zur Frage der Bekämpfung der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten.

Von

Prof. E. von Düring, Baden-Baden.

Ein Brief, der mir von einer in der Sittlichkeitsbewegung stehenden Dame zugeht, veranlaßt mich, aus der in letzter Zeit von mir beobachteten Zurückhaltung herauszutreten. Ich hatte in den letzten Jahren die Überzeugung gewonnen, daß in dem Kampf gegen die Reglementierung und Kasernierung der Prostitution ein solcher Stillstand eingetreten, daß der Kampf so fruchtlos geworden sei, daß es besser wäre, seine Kräfte hier nicht nutzlos zu verbrauchen. Der Grund war, daß einerseits unter dem Einfluß einiger maßgebender Hochschullehrer die Ärzte im wesentlichen geschlossen für die Reglementierung eintraten und dadurch einen bestimmenden Einfluß auf die Behörden hatten, der jede Aussicht auf Erfolg für die Gegner ausschloß. Andererseits war der Kampf derer, die sich um die Abolitionisten sammelten, ein recht wenig klar einheitlicher. Es war geradezu ein Unglück, daß immer wieder in dieser zunächst rein ärztlich-gesundheitlich zu entscheidenden Frage durch die internationale Föderation Fragen der Frauenbewegung — das war das schädlichste — und durch die Sittlichkeitsbewegung eine, wenn ich mich so ausdrücken darf, unklare, schiefe Fragestellung veranlaßt wurde.

Ich bin weit entfernt, die großen Verdienste der Frauen um Bekämpfung der Prostitution, um Rettung der sittlich Gefährdeten, um die Ausrottung der Animierkneipen nur irgendwie gering zu schätzen, herabzusetzen. Es ist gar nicht zu bestreiten, daß die Bewegung gegen die Unsittlichkeit, wie sie besonders von seiten der Kirche und der Frauenbewegung in die Hand genommen ist, notwendig, segensreich und unentbehrlich ist. Ein wirkliches „Zusammenklingen“ der Stimmen, die sich gegen die Reglementierung erhoben, wurde aber durch die verschiedenen „Grundtöne“ in den Versammlungen und in ihrer Wirkung auf die Behörden selten oder nie erreicht!

Jetzt scheint mir nun die Zeit gekommen zu sein, um wenigstens einen Schritt weiter zu kommen. Die Schreiberin des Briefes, der mir Veranlassung zu diesen Zeilen gibt, fordert mich auf, positive Vorschläge zu machen, da „nur dann, wenn die Behörden etwas Besseres an die Stelle setzen könnten, Aussicht sei, die Reglementierung und Kasernierung aufgehoben zu sehen“.

Dieser grundlegende Irrtum tritt uns nun immer wieder entgegen, besonders so oft man mit höheren Verwaltungs- oder Polizeibeamten die

Digitized by Google

Frage bespricht. Das eine geht aus der großen Menge der jetzt von allen Seiten erscheinenden Veröffentlichungen, Vorschläge, Notschreie, Entrüstungsäußerungen hervor: die Reglementierung und vor allem die Kasernierung versagen vollständig und haben zur Eindämmung der Geschlechtskrankheiten nichts, aber auch nichts geleistet. Sie haben nichts geleistet, weil sie nichts leisten können, der weiblichen Gonorrhöe gegenüber sowenig wie gegenüber der Lues — das liegt in der Art dieser Leiden, und diese sooft von Blaschko, Delbanco, mir und anderen dargelegte Tatsache genügt, um die Reglementierung und Bordellierung als völlig zwecklos zu beseitigen. Es ist unbegreiflich, wie jetzt, wo unsere Organisationen sonst so glänzend sind, wo die Autorität der maßgebenden Behörden — Zivil oder Militär — eine so unbedingte ist, nicht mit einem Federstrich die ausschließlich — z. B. gerade in Hamburg — als Animierkneipen gemeinster Sorte, als Stätten jeder Perversität dienenden Bordelle verschwinden. Sie verschwinden an einzelnen Orten, wo nach den alten Anschauungen ihre Eröffnung notwendig wäre — in Festungen, und sie feiern eine Neubelebung nur als Stätten des Alkoholgenusses da, wo sie vorher im Absterben waren! —

Aus allem, was aus dem Felde gemeldet, was in der Heimat geschrieben wird, wird mir das eine klar: unsere vollständige Hilflosigkeit dieser Massenprostitution gegenüber. Und die Frauen mögen sich gerade jetzt, z. B. aus den Zuschriften aus Breslau in den Mitt. f. Bek. d. Geschlechtskrkh. überzeugen, daß es nicht nur Schuld der Männer ist — daß die Kasernen massenhaft von sich preisgebenden Mädchen und Frauen umlagert werden. Diese Beobachtung, daß sich unter den seltsamsten Formen Frauen und Mädchen prostituieren, daß der weibliche Teil an den heillosen Zuständen oft mehr schuld ist, als die Männer, sind überall gleichmäßig gemacht und bestätigt worden.

In dieser Erfahrung liegt es begründet, wenn ich meine Ansichten in einer Hinsicht geändert habe: scharfe polizeiliche Maßregeln sind unerläßlich. Es muß besonders in diesen Zeiten den Behörden das Recht gegeben werden, aus — ich will es im weitesten Sinne so nennen — der Gefahrszone alle die weiblichen Wesen zu entfernen, die „lästig" werden. Es geschieht so enormes von seiten der Frauenbewegung für Verschaffung von Erwerbsmöglichkeit an Unbeschäftigte, daß die Beschäftigungslosigkeit einfach als Grund für die Prostitution fortfällt. Weiter muß jede Animierkneipe, unter welchem Schilde und Namen sie auch gehe, unbedingt unterdrückt werden — also z. B. vor allem die Hamburger Bordelle, und weiter besonders im Kriegsgebiet und in allen Garnisonen alle Lokale mit irgendwie verdächtiger Damenbedienung; alle Wirtschaften müssen allen Militärs nach 8 Uhr verboten werden. Daß

Digitized by Google

sich das, und noch viel strengere Vorschriften sehr gut durchführen lassen, dafür kann ich Beweise bringen.

Alle erkrankten Weiber müssen so fortgebracht oder so interniert werden, daß sie mit den Mannschaften nicht in Berührung kommen können. Sonst ist selbst die Empfehlung der (doch immerhin nicht überall und jederzeit vorrätigen) Schutzmaßregeln völlig erfolglos.

Und trotz alledem werden wir in besonderen Zeiten unter besonderen Verhältnissen mit alledem nicht sehr viel erreichen!

Ich möchte nichts sagen gegen die Verteilung von Merkblättern, von Sittlichkeitsvorschriften usw. — aber irgend eine weitergehende Wirkung haben sie bestimmt nicht.

Vor allen Dingen aber verzichte man gerade in den gefährdeten Bezirken — im Kriegsgebiet oder in der Heimat — auf jede Art der Reglementierung oder Kasernierung. Die Weiber, die dazu zur Verfügung stehen, sind alle krank — darüber läßt sich gar nicht streiten; und wenn jene die Regel bestätigende Ausnahme des nichtkranken Weibes möglich ist, so wird sie in den ersten acht Tagen angesteckt. Gar nicht genug aber ist die kolossale Gefahr zu betonen, die durch die behördlich hervorgerufene Einbildung einer gesundheitlichen Sicherheit bei den Reglementierten hervorgerufen wird. Es ist nichts anderes möglich, als zu sagen: „krank sind alle Frauenzimmer, die sich euch zur Verfügung stellen; jeder, der sich mit ihnen abgibt, hat eine fast hundertprozentige Sicherheit sich anzustecken; wenn ihr es tut — ihr wißt, was euch blüht; benutzt wenigstens alle Vorsichtsmaßregeln.“ Aber die Behörden haben es vielfach in der Hand, die Berührungsmöglichkeiten sehr zu vermindern — das ist das wesentlichste. Dieses sind Maßregeln, die besonders für die Kriegszeit gelten. Was soll nachher geschehen?

Wenn je, so ist jetzt der Augenblick gekommen, aus der Erkenntnis ihrer vollständigen Nutzlosigkeit, ja Schädlichkeit heraus, das System der Reglementierung und Kasernierung fallen zu lassen. Für die Zukunft bin ich wie Blaschko unbedingt für die Einführung des Kopenhagener Systems. Unparteiische Beobachter urteilen darüber in dem Sinne, daß sicher viel mehr Erkrankte behandelt werden als früher, und daß irgend welche Nachteile für die öffentliche Sittlichkeit nicht daraus erwachsen sind. Mehr können wir zunächst nicht verlangen. Wenn dann in so sachverständiger Weise, mit so ganzer Hingabe für die Rettung und Bewahrung gefährdeter Mädchen, wie in Bremen z. B., gewirkt wird, alle Bestrebungen zur Hebung der Sittlichkeit gefördert, der Animierkneipenunfug ausgerottet wird — dann werden wir sehr langsam kleine positive Erfolge erzielen!

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

September 1914.

Studium der Spinalflüssigkeit in bezug auf Störungen des Nervensystems bei der Sekundärsyphilis, von Udo Julius Wile und John Hinchman Stokes-Ann Arbor (Michigan). Die allgemeine Ansicht, daß das Zentralnervensystem erst im späten Stadium der Syphilis befallen wird, ist nach den vorliegenden Untersuchungen nicht mehr haltbar. Verfasser haben in 24 unter 36 untersuchten Fällen von Sekundärsyphilis Veränderungen der Rückenmarksflüssigkeit, welche auf Erkrankung des Zentralnervensystems schließen lassen, gefunden und glauben sogar, aus ihren Untersuchungen schließen zu müssen, daß die Zahl der Fälle, welche zu irgend einer Zeit des Sekundärstadiums Reaktion von seiten des Zentralnervensystems zeigen, eine noch größere ist. Wenn bei einmaliger Untersuchung keine Zeichen von Rückenmarks-Gehirnhautreaktion gefunden werden, so kann dies noch nicht als vollständiger Beweis gegen eine solche angesehen werden. Lymphozytosis, erhöhter Eiweiß- und Globulingehalt und positive Komplementfixation können für sich allein oder in verschiedenen Kombinationen vorhanden sein, und jede bedeutet Befallensein des Zentralnervensystems. Beim Vergleich dieser hohen Verhältniszahl im Sekundärstadium mit der geringen im Spätstadium der Gesamtmenge der Syphilitiker muß man diese Früherscheinung für die Mehrzahl der Fälle als vorübergehend ansehen. Das Zentralnervensystem erscheint speziell in Fällen von papulöser oder follikulärer Eruption zu Erkrankung disponiert zu sein. Ausgesprochene subjektive Symptome, wie Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, nervöse Reizbarkeit waren in den meisten Fällen von positiven Befunden im Liquor cerebrospinalis begleitet. Im allgemeinen zeigten Fälle, bei welchen nur geringe oder keine Behandlung stattgefunden hat, einen höheren Prozentsatz an Erkrankung (des Zentralnervensystems) als jene, wo intensive Behandlung vorausgegangen war. Der gewöhnlichste Befund als Zeichen der Meningealreaktion war erhöhter Globulin- und Albumingehalt, dann positive Wassermannsche Reaktion und in letzter Linie Lymphozytosis. Als ein diagnostisch und auch prognostisch wirksames Hilfsmittel kann die Bedeutung der Spinalpunktion bei Sekundärsyphilis nicht hoch genug angeschlagen werden.

Die Abderhaldensche Technik, angewandt zur Diagnose der Syphilis, von H. R. Varney und P. F. Morse-Detroit. Von 75 untersuchten Fällen waren 45 mit klinischen Symptomen von Syphilis behaftet und zeigten wiederholt positive Wassermannsche Reaktion. Von dieser Zahl der letzteren waren 35 = 78 Proz. positiv bezüglich der Enzymreaktion mit vom Menschen stammenden Kondylomen. Die spezifische Abderhaldensche Technik ist daher bei Syphilis anwendbar, und weiterhin ergeben sich für Verfasser folgende Schlüsse: Syphilitiker haben in ihrem Blutserum Enzyme, welche mit dem Protein des Organismus eine Reaktion eingehen. Weitere Untersuchungen sind noch nötig, um festzustellen, ob alle Syphilitiker die Fähigkeit haben, Ferment zu entwickeln und in welchem Stadium der Krankheit diese Reaktion vorhanden ist oder fehlt. Polyvalente Antigene, aus mehreren Arten von Reinkultur der Spirochäten hergestellt, bieten die beste Hoffnung weiterer Erfolge mit dieser Technik. Der Grad des Erfolges steht bei derselben in direktem Verhältnis zu der Sorgfalt und Genauigkeit, mit der sie ausgeführt wird. Keineswegs kommt sie aber bis jetzt der Wassermannschen Reaktion an Bedeutung gleich.

Digitized by Google

Weißfleckenkrankheit, von GEORGE M. MAC KEE und FRED WISE-New York. Dieser zuerst von WESTBERG im Jahre 1901 aufgestellte Krankheitstypus wurde von JOHNSTON und SHERWELL weiterhin bestätigt und hat in den folgenden Jahren eine umfangreiche Literatur zutage gefördert. Verfasser beobachteten einen Fall dieses vielumstrittenen Hautleidens bei einem 43jährigen Manne, und zwar an Penis und Hoden, Stellen, wo bisher dasselbe nicht zur Beobachtung kam. Es handelte sich nur um vier Stellen, welche seit Monaten gleichzeitig bestanden, keine subjektiven Beschwerden, mit Ausnahme geringen Juckgefühls, machten und alle von der gleichen Größe — etwa $^1/_2$ mm im Durchmesser — waren. Die weiße Farbe war das auffallendste Symptom, die beiden am Hoden befindlichen Flecke waren nicht so prominent und ausgebildet wie jene am Penis; Palpation ergab leichte Infiltration, aber keine ausgesprochene Resistenz oder Härte. Der Rand jeder Effloreszenz ist leicht erhaben, das Innere etwas eingedrückt. Anamnestisch ist Syphilis und Tuberkulose auszuschließen. Die beiden am Glied befindlichen Stellen wurden exzidiert und einer genauen histologischen Untersuchung unterzogen. Verfasser kamen auf Grund derselben zu dem Schlusse, daß ihr Fall zur Sklerodermagruppe gehöre, d. i. eine der beiden Gruppen, in welche die Weißfleckenkrankheit eingeteilt wird, nämlich jene des Lichen planus und des Sklerodermas. Ein einheitliches Krankheitsbild ist also diese Affektion nicht, trotzdem möchten Verfasser es aufrechterhalten wissen, aber vor allem mit der Einschränkung, daß es eine spezielle Form von Skleroderma, das klinisch als weiße Flecken auftritt, bezeichnen sollte.

Oktober 1914.

Kolloide Degeneration der Haut, mit Bericht über einen Fall von sogenanntem Kolloidmilium, von M. B. HARTZELL-Philadelphia. Seitdem E. L. WAGNER im Jahre 1866 zuerst die Aufmerksamkeit auf die kolloide Hautentartung lenkte, sind im ganzen nur 22 Fälle derselben veröffentlicht worden und bei manchen derselben kann die Richtigkeit der Diagnose noch in Zweifel gestellt werden, so daß es sich um eine zweifellos seltene Affektion handelt. In dem von H. beobachteten Fall, einen 43jährigen Mann betreffend, war dieselbe ausschließlich auf das Gesicht beschränkt, wo eine große Anzahl stecknadelkopf- bis schrotkorngroßer, fester und durchsichtiger Erhabenheiten von unregelmäßiger Form vorhanden waren und dem Gesicht eine zitronengelbe Farbe verliehen. Subjektive Symptome bestanden nicht, sondern Patient suchte nur wegen des äußeren Anblickes, der zur Sommerszeit eine stete Verschlimmerung zeigte, ärztliche Hilfe. Die Krankheit hat nun drei Jahre bestanden und sich in ihrem Charakter wenig verändert. Die mikroskopische Untersuchung eines aus der rechten Oberkiefergegend exzidierten Stückchens ergab vor allem ausgesprochene Verdünnung der Epidermis mit Verlust eines beträchtlichen Teiles der Basalzellenschicht und kolloider Degeneration der Stachelzellen an verschiedenen Stellen, dann völliges Verschwinden der papillären und subpapillären Schichten des Koriums und deren Ersatz durch kolloidale Substanz und schließlich verschiedene Grade von Entartung und Zerstörung des elastischen Gewebes. H. hält sich daher für berechtigt, aus seiner genauen Beobachtung den Schluß zu ziehen, daß die beschriebene Hautaffektion nicht allein eine Krankheit des elastischen Gewebes ist, sondern in gleichem Maße das Kollagen und Elastin befällt und daß die Epidermiszellen an der Degeneration ebenso beteiligt sind, wenn dies auch nach den Beobachtungen anderer Verfasser wahrscheinlich nicht häufig der Fall ist.

Die Anwendung von Kalziumlaktat bei der Behandlung gewisser Dermatosen, von CHARLES J. WHITE-Boston. Um dieselbe Zeit, als WRIGHT zuerst (vor etwa sieben Jahren) über die opsonische Behandlungsmethode schrieb, machte einer seiner Schüler, Ross (Toronto), Mitteilung über die Anwendung von Kalziumsalzen gegen Urtikaria,

Digitized by Google

Purpura und ähnliche Hautkrankheiten. Verfasser versuchte nun ebenfalls bei vielen und verschiedenartigen Hautkrankheiten die von Ross angegebene Mischung von Calcium acticum mit Chloroformwasser — die genaue Dosierung ist aus vorliegender Arbeit keineswegs ersichtlich — und hatte in manchen Fällen, die lange Zeit hindurch rein äußerlicher Behandlung nicht gewichen waren, aber allerdings gleichzeitig mit dem inneren Mittel auch Salben erhielten, geradezu überraschende Erfolge. Ohne das milchsaure Kalzium ein Spezifikum nennen zu wollen, glaubt Whitt nach diesen Resultaten dasselbe als ein wertvolles Hilfsmittel bezeichnen zu können, das bei hartnäckigen Fällen von Urtikaria, Erythema multiforme, Pernio, Hyperidrosis und vielleicht auch Purpura stets versucht werden sollte.

Persönliche Beobachtungen über Hautkrankheiten bei den Negern Amerikas, von H. H. Hazen-Washington. Von den 2000 persönlich von H. beobachteten Fällen der verschiedenartigsten Hautkrankheiten betrafen 718 Neger, d. i. zum größeren Teile Vollblutneger (543), zum geringeren Mulatten. H. kommt zum Ergebnisse, daß letztere relativ stärker von Hautkrankheiten befallen werden, als Vollblutneger. Folgende Krankheiten sind unter Negern mehr vorherrschend, als unter Weißen: Dermatitis papillaris capillitii, Keloide, trockene Seborrhoea, Syphilis, Tinea tonsurans, Urtikaria und Vitiligo. Weniger vorherrschend bei den Negern sind Alopecia areata, Karzinom, akutes Ekzem, Erythema multiforme, Furunkel, Angiome und Naevi, Pediculosis capitis, Psoriasis, Rosazea, Sykosis vulgaris, Tinea cruris und Xanthelasma.

Ein Fall von Ringworm des behaarten Kopfes beim Erwachsenen, von John J. Rothwell-New York. Es handelte sich um einen 20jährigen Neger, der eine Anzahl runder oder ovaler, leicht schuppender, von ganz dünnem Haare bedeckter Herde am Nacken und Hinterhaupte, im Durchmesser von $^1/_4$—$^3/_4$ Zoll, zeigte. Mikroskopische Untersuchung der extrahierten Haare ergab den Befund von Myzelien und kleinen Sporen. Die auch wiederholt von anderer Seite vorgenommene Untersuchung bestätigte die Trichophyten. Subjektiv war nur leichtes Jucken vorhanden, die Herde, die seit etwa drei Wochen bestanden haben sollen, glichen der so häufig vorkommenden trockenen Seborrhoe, während die Tinea trichophytica des behaarten Kopfes als seltenes Hautleiden anzusehen ist. M. Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

c. Prostata.

Die Behandlung der Prostatatumoren durch das Radium, von Degrais und Pasteau-Paris. (Strahlenther., 1913, Bd. 3, H. 2.) Da die operative Behandlung des Prostatakarzinoms zurzeit noch keine allzu ermutigenden Resultate ergibt, haben sich die Verfasser bemüht, festzustellen, welchen Einfluß das Radium auf solche Fälle hat. Sie behandelten einen Patienten von 57 Jahren, der an einem Prostatakarzinom litt, das sich bis in die Blasenhöhle hineinerstreckte. Der Allgemeinzustand war ein äußerst schlechter. Unter dem Einflusse des Radiums — die Radiumträger wurden lediglich in die Harnröhre eingeführt — bildete sich das Neoplasma zurück und verschwand völlig. Heute — nach drei Jahren — hat sich noch kein Rezidiv eingestellt. Im ganzen haben die Verfasser 15 Fälle behandelt mit zum Teil hoffnungslosem Allgemeinzustand; bei allen ging der Tumor zurück und die Patienten erfreuen sich ausgezeichneten Wohlbefindens. Gleichzeitig bildeten sich jedesmal auch die inguinalen Drüsen-

Digitized by Google

pakete zurück oder verschwanden fast völlig unter dem ausschließlichen Einfluß der Prostatabestrahlung. In einem Falle, wo es sich um eine exzessiv große und starke fixierte Prostata handelte, verringerte sich infolge der Radiumbestrahlung das Volumen derart, daß eine Prostatektomia suprapubica vorgenommen werden konnte. Die histologische Untersuchung zeigte in äußerst klarer Weise die Einwirkung der Radiumstrahlung auf die Struktur des Tumors. Aus einer beigefügten Abbildung ist dies ersichtlich, ebenso sind die zur Bestrahlung benutzten Instrumente im Bilde veranschaulicht.

H. Rausch-Darmstadt.

Ein Beitrag zur Zystenbildung in der Prostata mit epidermoidaler Auskleidung, von Johannes Scheidt-Breslau. (Zbl. f. Path., Bd. 25, Nr. 3.) Bei der Sektion eines an den Folgen einer Ernährungsstörung gestorbenen vier Monate alten Knaben fand sich ein harter Tumor, der zwischen Blase und Rektum lag, der Prostata aufzusitzen schien und sich als zystische Bildung erwies, die aus einer kirschkerngroßen Hauptzyste und mehreren Nebenzysten bestand. Mikroskopisch erwies sich die Innenwand der Zysten mit Plattenepithel ausgekleidet, das überall Verhornung zeigte. Dieses zunächst ortsfremd erscheinende Epithel ist nach S. jedoch nicht neu hier entstanden, sondern — wie auch das Vorhandensein von Plattenepithel in der Prostata unter normalen Verhältnissen zeigt — aus dem fötalen Leben stehengeblieben.

O. Gans-Hamburg.

Adenom der Prostata, von Edwin Beer-New York. (M. Record, 14. März 1914.) Erfahrungen an 85 Fällen, von denen 60 einer suprapubischen Operation unterzogen wurden, deren Endresultate Verfasser für ideal erklärt. W. Lehmann-Stettin.

Die Diagnose und Behandlung der bösartigen Prostataaffektionen im Anfangsstadium, von Kümmel-Hamburg. (Klin. ther. Wschr., 1913, Nr. 43/44.) Die konstantesten diagnostischen Anhaltspunkte für Prostatakarzinom sind erstens der spontane, in der Prostatagegend befindliche, mehr oder weniger kontinuierliche und intensive Schmerz, zweitens die rektal festzustellende, nie fehlende Härte der Prostata und drittens der durch Palpation hervorgerufene Druckschmerz. Dem plötzlichen Auftreten von Blutungen, den unvermittelt auftretenden Beschwerden der Urinentleerung und Urinverhaltung ist eine weitere Bedeutung beizulegen. Zystoskopisch läßt sich im Anfangsstadium nur wenig für die Diagnose Karzinom verwerten. Als Operationsmethoden ist die perineale oder suprapubische Operation zu empfehlen, ebenso das Wilmssche, Youngsche oder ähnliche Verfahren. Eingreifendere Operationen sind im Frühstadium nicht erforderlich. Bei ungenügender Nierenfunktion ist die zweizeitige Prostatektomie als der gefahrlosere Eingriff zu bevorzugen. Es sind Dauerheilungen über acht Jahre beobachtet worden. B. Junghanns-Dresden.

Krebs der Prostata, von B. F. Mc Grath-Rochester. (J. Am. m. Assoc., 19. September 1914.) Nach den vom Verfasser in der Mayoschen Klinik an einer größeren Zahl von Fällen vorgenommenen Untersuchungen sind die anatomischen Verhältnisse beim Prostatakrebs analog den Vorgängen, wie sie Mac Carty für das Mammakarzinom beschrieben hat. Bei beiden Organen sind die Acini von einer einfachen Schicht von differenzierten Epithelzellen ausgekleidet, die sich aus den angrenzenden, undifferenzierten Zellen ergänzt. Unter dem Einfluß von noch unbekannten Reizen geraten diese undifferenzierten Zellen in abnorme Wucherung und schieben sich dann sowohl ins Lumen der Acini als auch in das umgebende Stroma vor. Das Vorhandensein von embryonalen Zellnestern bei der Entstehung von Prostatakrebs ist nach dieser Darstellung abzulehnen. Der Ausgangspunkt der Krebsbildung ist bei der großen Mehrzahl der Fälle der Hinterlappen, von wo aus das Gewächs sich meist in der Richtung nach oben hin ausdehnt. Metastasen an Knochen, Lymphdrüsen und den inneren Organen kommen

Digitized by Google

öfters bei noch wenig umfangreichen Prostatakrebsen vor; die Lymphdrüsen sind allerdings oft bei schon bestehenden anderweiten Metastasen nicht nachweislich affiziert.

A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Vortrag über Prostatakarzinom, von P. J. Freyer-London. (Lanc., 13. Dezember 1913.) Daß die Freyersche Methode der Prostataoperation auch beim Krebs des Organes und selbst bei nicht allzu umfangreicher Ausdehnung und Übergreifen über die Kapsel hinaus auf die Umgebung erfolgreich sein kann, legt Verfasser an einigen frappanten Krankengeschichten dar. Die Arbeit enthält im übrigen eine klare Zusammenfassung der wesentlichsten Symptome des Leidens und Besprechung der symptomatischen Behandlung von inoperablen Fällen durch Anlegen einer permanenten, suprapubischen Fistel und Gebrauch einer praktischen (mit Abbildung geschilderten) Urinflasche.

A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Verfahren zur Entfernung der karzinomatösen Prostata, von R. Howard-London. (Lanc., 1913, Nr. 4711.) Zur gründlichen Entfernung aller etwa affizierten Drüsen und sonstigen Gewebsteile hat H. bei einem 48jährigen Manne, der seit einem Jahre prostatische Erscheinungen dargeboten hatte, sowohl durch einen ausgiebigen Schnitt durch die Bauchwand, als auch durch einen bogenförmigen Perinealschnitt Zugang zu der Blase sich verschafft und dieselbe vom Peritoneum sowie von ihren sonstigen Adhäsionen befreit. Unter elektrischer Beleuchtung gelang dies sehr vollständig und die Prostata wurde unter Amputation der Basis der Blase entfernt. Naht und Drainage. Die Operation wurde gut ertragen, und fünf Wochen nachher verließ Patient in ausgezeichneter Verfassung das Krankenhaus.

A. Philippi-Salzschlirf.

Über hämatogene Tuberkulose der Prostata, von M. Simmonds. (Virch. Arch., 1914, Bd. 216, H. 1.) Man nimmt allgemein zwei Entstehungsweisen der Prostatatuberkulose an, die eine durch Fortwanderung der Infektion aus den benachbarten Harn- und Genitalwegen zur Vorsteherdrüse, die andere durch Verschleppung der Keime auf dem Blutwege. Während man letztere früher als ein seltenes Vorkommnis ansah, so ist doch jetzt, nach verschiedenen Statistiken zu urteilen, das Vorkommen der hämatogenen Prostatatuberkulose, wo sich also innerhalb des Urogenitalsystems an keinen anderen Punkten als in der Prostata Tuberkulose nachweisen läßt, ein viel häufigeres. Verf. bringt eine Zusammenstellung von 132 persönlich beobachteten Fällen von Prostatatuberkulose; es ergab sich daraus, daß 94 mal (= 72%) neben der Prostata auch andere Abschnitte des Genitalsystems tuberkulös erkrankt waren, daß 96 mal (= 53%) gleichzeitig mit der Vorsteherdrüse auch Teile des uropoetischen Systems tuberkulöse Veränderungen aufwiesen, daß endlich nur 15 mal (= 11%) der tuberkulöse Prozeß im Urogenitalsystem auf die Prostata beschränkt geblieben war. In mindestens 11% der Fälle, wahrscheinlich aber viel häufiger, war die Erkrankung also als rein hämatogen aufzufassen. — Die histologischen Untersuchungen ergaben: 1. es sind zwei Formen der hämatogenen Prostatatuberkulose zu unterscheiden: a) die an die Drüsengänge gebundene Ausscheidungstuberkulose; das interstitielle Gewebe beteiligt sich hierbei nur sekundär; b) die metastatische, mit Bildung interstitieller Miliartuberkeln und ohne Beteiligung der drüsigen Gebilde einhergehende Form. 2. Fortgeleitete und Ausscheidungstuberkulose liefern die gleichen histologischen Bilder. In beiden Fällen treten die Bazillen zuerst in den Drüsengängen auf und führen zu Schädigung des Epithels und der Drüsenwand (sieben Textfiguren).

Haller-Dresden.

Die Tuberkulose der Prostata, von A. Götze. (Prag. m. W., 1914, Nr. 37.) Verfasser weist darauf hin, daß die Tuberkulose in den männlichen Geschlechtsorganen

Digitized by Google

häufiger vorkommt als im Harnapparat und daß die Prostata dasjenige Organ des Genitale ist, das am häufigsten daran erkrankt, oft genug das erste und einzige Organ dieses Systems, das krank befunden wird. Sie erkrankt fast immer sekundär. An der Hand von acht Präparaten wird demonstriert, daß sich die Erkrankung nicht bloß in der Richtung des Sekretstroms, sondern auch in der entgegengesetzten weiter ausbreiten kann. Weiter wird die Diagnose der Prostatatuberkulose besprochen. Als Therapie wird mit Ausnahme der Fälle, wo eine Operation nicht mehr möglich erscheint, radikaleres Vorgehen als bisher gefordert. E. Klemm-Leipzig.

Die physikalische Behandlung der Vorsteherdrüsenentzündung, von Bieck-Marburg. (Arch. f. physik. M., Bd. 8, Heft 1.) Bei der prallen durch Blutüberfüllung bedingten Schwellung der Prostata warnt der Verfasser vor jeder direkten Behandlung. Dagegen scheint ihm die Vibrationsmassage über den Glutäen, dem Kreuzbein, der Symphyse, dem Damm, eine wesentliche Wirkung zu haben. Heftige Entzündungszustände werden auch durch die Anwendung des Schneeschen Vierzellenbades schnell gelindert. Daneben wird von der Wärme Gebrauch gemacht, mittels des von Murimschen Strahlers, einer in einem Reflektor befindlichen Birne oder der auf elektrischem Wege zu erhitzenden Kissen. — Nach Beseitigung des Reizzustandes der Drüse ist der elektrisch zu erhitzende Thermopsychrophor anzuwenden, die einzelne Sitzung zu einer halben bis dreiviertel Stunde. Zur Massage verwendet der Verfasser entweder den Finger, oder ein durch einen Motor in Betrieb gesetztes Ansatzstück der Welle. Bei schlaffer Drüse ist der faradische oder sinusoidale Strom indiziert. Alte harte Infiltrate sowohl wie Prostatahypertrophie weichen der Röntgenbestrahlung.

Peyser-Harburg.

Die Funktion der Prostata und Behandlung der Prostatahypertrophie durch indirekte Bestrahlung, von Jakobsohn-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 45.) Es besteht ein naher biologischer und funktioneller Zusammenhang zwischen Prostata und Samenblasenapparat. Die Samenblasen sondern ein glasiges gelatinöses Sekret ab, in welches die Spermatozoen verteilt, aufbewahrt und unbeweglich eingebettet werden. Diese Samenballen werden dann durch das dünne Prostatasekret in kurzer Zeit aufgelöst, die Spermatazoen gewinnen ihre volle Lebendigkeit. Verfasser behandelte deshalb fünf Patienten mit Prostatahypertrophie durch Bestrahlung der Samenblasen mit Mesothorium und konnte Erfolge verzeichnen. Die Beschwerden ließen nach, die Prostata hatte sich deutlich verkleinert. B. Junghanns-Dresden.

Weitere Beobachtungen über den Wert der Hochfrequenzentladung zur Besserung prostatischer Obstruktion in ausgewählten Fällen, von Henry G. Bugbee-New York. (M. Record, 14. Febr. 1914.) Nach den Beobachtungen des Verfassers gibt es eine Reihe von Fällen, in denen die chirurgische Eröffnung und Entfernung hinderlicher Prostatatumoren vermieden werden kann und in denen die Applikation des Hochfrequenzfunkens (durch das Zystoskop hindurch und unter Kontrolle des Operationsfeldes mittels desselben) besser ist als das Vorgehen von Bottini, Goldschmidt und Chetwood. Er berichtet über seine Resultate in 14 Fällen. W. Lehmann-Stettin.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie durch die Radiotherapie, von Haret-Paris. (Strahlenther., 1913, Bd. 3, Heft 2.) Was die Technik der Bestrahlungen anlangt, so existieren zwei Methoden. Entweder kann man einen Lokalisator ins Rektum einführen, oder durch das Perineum hindurch bestrahlen. Wesentlich ist, daß filtrierte Strahlen verwendet werden, die durch die Haut des Perineums die Prostata auch erreichen. Indiziert ist die Bestrahlung nur, wenn es sich um Drüsenhypertrophie handelt, während sie bei der Bindegewebshypertrophie direkt kontraindiziert ist. Es werden also die im Beginn der Erkrankung zur Behandlung kommenden Patienten am meisten sich

Digitized by Google

für die Bestrahlung eignen. Verfasser führt die Krankengeschichte von fünf Fällen an. Namentlich beim Falle eins erzielte er ein gutes Resultat, sieben Jahre sind seit Beendigung der Bestrahlungen verflossen, ohne daß sich wieder die Symptome eingestellt hätten, gegen die der Patient seinerzeit die Röntgenbestrahlungen erhielt. Es wurden sechs Bestrahlungen vorgenommen, allwöchentlich 3H auf das Perineum, Härte sieben Benvist. Das Prostatavolumen ging stark zurück, Residualharn 40 g. Ein Fall dagegen bestätigte die Unwirksamkeit der Strahlenbehandlung in den Fällen alter Prostatahypertrophie, in denen die Bindegewebshyperplasie der vorherrschende Faktor ist. Hier ist also die Operation doch das einzige Mittel. Bei den anderen Patienten ließ sich schon nach den ersten Sitzungen eine Verminderung der Frequenz der Miktionen konstatieren und ein Zurückgehen des Prostatavolumens. Verfasser hält die einfache Bestrahlung durch das Perineum für ausreichend, sie muß nur so früh als möglich beginnen.

H. Rausch-Darmstadt.

Ein Vorschlag zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Arthur Adler-Berlin. (M. Kl., 1913, Nr. 39.) In einer kurzen Notiz lenkt Adler die Aufmerksamkeit darauf, ob es nicht möglich sei, Prostatahypertrophie (analog den Geschwülsten der Gebärmutter) vom Darm oder der Harnröhre aus mit Radium oder Mesothorium günstig zu beeinflussen.

O. Lasch-Breslau.

Radiotherapie bei Prostatahypertrophie, Prostatitis und Periprostatitis chronica, von Rosti. (Morgagni, 31. Mai 1914.) Verfasser hat bei den genannten Leiden die Prostata vom Perineum aus bestrahlt. Die Bestrahlungen erfolgten jeden zweiten Tag in Serien zu drei Sitzungen; in jeder Serie wurden 4—5H appliziert. Auf jede Serie folgte je nach dem Resultate eine Pause von 10—12 Tagen bis 1 Monat und mehr. Es hat sich gezeigt, daß die Röntgenstrahlen bei Prostatitis und Periprostatitis chronica, sowie bei Prostatahypertrophie im ersten Stadium sehr günstig wirken. Sowie die Prostata aber eine fibröse Umwandlung eingeht, ist der Effekt geringer oder gleich Null.

R. Frühwald-Leipzig.

Der Bottini in der Behandlung der Prostatahypertrophie, von M. u. A. Bernay-Lyon. (Monde méd., 1913, S. 912.) Der radikalen Prostatektomie haftet die Gefahr der Bronchopneumonie und des Operationschokes an. Die Methode Bottinis ist ohne Gefahr, sie braucht nur leichte Lokalanästhesie und kein längeres Krankenlager. Vor der Operation werden der Katarrh und die Infektion der Blase, so gut als möglich, behandelt. Für die Anästhesie werden in die Blase 40 ccm einer $^1/_2$ % Novokainlösung und subkutan 0,01 Morphium gegeben. Der Strom hat 6—12 V. Spannung und ca. 50 Ampere, die Schnittlänge beträgt 25—35 mm, 1—3 Schnitte, die lateralen in einem Winkel von 30° nach rechts und links vom medianen. Hinterher womöglich keinen Verweilkatheter, sondern Harnantiseptika, unter denen Verfasser das Arrheol wegen seiner beruhigenden Wirkung vorziehen. Bei abundanter Blasenblutung geben Verfasser per os 4 g Calcium chloratum gelöst pro Tag und Erfolg. Der Urin enthält eine Zeitlang Gerinnsel und Blut, die Blase wird zunächst täglich einmal gespült, später seltener. Wenn die Inzision länger als 35 mm ist, kommt der Plexus prostaticus in Gefahr, verletzt zu werden. Man vermeidet dies wegen der Blutung. Manchmal besteht einige Tage Inkontinenz, seltener Retention. Diese Methode hat nicht die brillanten Erfolge der Prostatektomie, sie gibt jedoch bei mehr oder weniger kachektischen Prostatikern die Möglichkeit, gefahrlos zu helfen.

J. Werther-Dresden.

Drei Fälle von Prostatahypertrophie nach der Bottinischen Methode operiert, von Ch. Perrier. (Rev. Suisse rom., 1914, Nr. 4.) Verfasser hat in drei Fällen ausgezeichnete Resultate mit der galvanokaustischen Inzision der hypertrophierten Prostata gehabt. Diese Methode ist zwar durch die Prostatektomie in den letzten Jahren

Digitized by Google

in den Hintergrund gedrängt worden; sie ist es aber wert, daß man in Fällen, wo eine Radikaloperation nicht angezeigt erscheint, auf sie zurückgreift. R. Frühwald-Leipzig.

Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, von Hans Wildbolz-Bern. (Schweiz. Korr. Bl., 1914, Nr. 23.) Für die Behandlung der Prostatahypertrophie kommen zwei Methoden in Betracht: der regelmäßige Katheterismus und die Prostatektomie; die Resultate der ersten Methode lassen sich nicht zahlenmäßig feststellen. Es ist anzunehmen, daß viele Prostatiker sich dabei wohlbefinden, aber es besteht dabei doch immer die Gefahr der Blaseninfektion. Die beiden Methoden der Prostatektomie, die perineale und die suprapubische, bestehen zurzeit nebeneinander, wenn auch die meisten Chirurgen die suprapubische Operation, die allerdings die höhere Sterblichkeitsziffer aufweist, vorziehen, da sie technisch einfacher ist und da sie seltener Störungen der sexuellen Potenz hinterläßt. Wildbolz zieht die perineale Methode vor. Ihre angeblichen Nachteile, das häufigere Auftreten von Inkontinenz und von Urinfisteln, sowie eine längere Heilungsdauer muß er nach seinen Erfahrungen bestreiten. Das Vorkommen von Potenzschädigungen gibt er zu, er hält es aber für unwesentlich, da es sich ja sowieso nur um alte Männer handelt. Dagegen erscheinen ihm die Vorzüge der perinealen Operation bedeutend genug: Der Eingriff wurde stets ungewöhnlich gut von den Patienten vertragen, sie konnten meist schon nach wenigen Tagen aufstehen. Die Blutung bei der Operation war immer nur gering, vor allem kamen nie gefährliche Nachblutungen vor. Da aus der Dammwunde der Abfluß der Wundsekrete leicht und vollständig erfolgen kann, waren die Resultate bei nicht infizierter, wie bei infizierter Blase gleich gute. Einen weiteren sehr wesentlichen Vorteil der perinealen Methode sieht Wildbolz darin, daß die Übersichtlichkeit des Operationsfeldes gestattet, jede Prostata sauber zu entfernen, ein Vorteil, der um so mehr ins Gewicht fällt, als die karzinomatöse Erkrankung der Drüse oft erst bei der Operation erkannt werden kann und weil hierbei die perineale Operation entschieden weniger Schwierigkeiten macht und bessere Heilungsresultate ergibt als die suprapubische Methode. Die Resultate von Wildbolzs Prostatektomien waren dauernd gute, er beschreibt noch genau die Technik seiner Operation. Besonderes Gewicht ist auf eine sehr sorgfältige Nachbehandlung zu legen. Für angezeigt hält Wildbolz die Operation in jedem Falle von Prostatahypertrophie, bei dem trotz regelmäßigem Katheterismus die Residualurinmenge sich nicht auf weniger als 200 ccm vermindert. Als einzige Gegenanzeige bezeichnet er, da die Operation unter Lokalanästhesie ausgeführt werden kann, nur die Insuffizienz der Nieren.

H. Böhme-Leipzig.

Beitrag zum Studium der Prostatahypertrophie und ihrer radikalen Heilung, von Gino Monzardo-Montagnana. (Riforma m., 1913, Nr. 50/51.) Verfasser empfiehlt an der Hand einer sehr ausführlichen Literatur, bei welcher er eingehendst die anatomischen Merkmale, die Pathogenese und die Indikationen und Kontraindikationen beleuchtet, unter allen Umständen die Prostatektomie; nach minutiöser Beschreibung der Technik der Operation und Berichte der dreizehn von ihm operierten Fälle, von welchen drei mit Tod abgingen, befürwortet Verfasser nochmals die Prostatektomie — als für alle Fälle geeignet — aufs wärmste. Die Wiedergabe der, wie gesagt, minutiösen Angaben würde den für ein Referat zulässigen Raum überschreiten.

E. Rossen-Wiesbaden.

Über Prostatahypertrophie und die Prostatektomie nach Wilms, von Kulenkampff-Zwickau. (D. m. W., 1914, Nr. 9.) Wir dürfen heutzutage als feststehend betrachten, daß die Prostatahypertrophie ein lokales Leiden darstellt, das wir beseitigen sollen, bevor es diesen lokalen Charakter verliert; daher die Forderung der sogenannten Frühoperation. Zu einem richtigen Verständnis der Operationsmethoden gehört vor

Digitized by Google

allem die Kenntnis der pathologischen Anatomie der Prostatahypertrophie; vieles ist noch ungeklärt, aber durch die Untersuchungen und viele Hunderte von Operationen ist jetzt sicher, daß wir es bei der sogenannten Prostatektomie in der Regel mit nichts anderem zu tun haben als mit einer Enukleation eines die ursprüngliche Form der Drüse mehr oder minder nachahmenden Tumors aus der Drüse selbst. Für die Indikationsstellung der Operation und für die Wahl und Erfolge der verschiedenen Operationsmethoden ergibt sich: selbst bei einer Frühoperation ist das Leiden kein rein lokales mehr; Blasen- oder Nierenveränderungen sind schon bis zu einem gewissen Grade ausgebildet. Zweitens: die Häufigkeit des Karzinoms beträgt etwa 15—20% der Fälle. Drittens: die günstigeren Operationsresultate sind Folge einer ganzen Anzahl von Faktoren, betreffs der planmäßigen Enukleierung aus der Drüse und besseren Anästhesierungsmethoden. Viertens: die sogenannte Prostatektomie muß im allgemeinen möglich sein ohne Störung der Kontinenz und der geschlechtlichen Funktionen. — Verfasser schildert die verschiedenen Operationsmethoden; eine schematische Zeichnung illustriert die durch die drei Operationsmethoden in dem Harnsystem gesetzten Defekte. Er empfiehlt die Prostatektomie nach Wilms; seiner Ansicht nach ist dieselbe die Methode der Zukunft und bedeutet einen großen Fortschritt in der Therapie der Prostatahypertrophie. Haller-Dresden.

Klinische Vorlesung über das beste Alter zur Vornahme der Prostatektomie, von F. Legueu-Paris. (M. Press. a. Circ., 4. März 1914.) Verfasser tritt warm für die möglichst frühzeitig vorzunehmende Prostatektomie ein, da die Prognose in jeder Beziehung um so günstiger ist, je jünger der an Prostata leidende Patient ist. Dieser Satz gilt allerdings nur für die auf dem Wege des hohen Blasenschnittes vorzunehmende Operation, nicht für die Sectio perinealis. Bei einem kleinen Material — 30 Fälle — betrug die Mortalität 4 = 13%, die alle über 60 Jahre alt waren, während bei acht Operierten im Alter von 55 bis zu 60 Jahren sich kein Todesfall ereignete.

H. Fendt-Wiesbaden.

Über 200 Fälle von Prostatektomie, von P. Herescu-Bukarest. (Med.-chir. Kongr. in Bukarest, 20.—23. April 1914.) Der Verfasser hat von 1900—1905 50 Prostataexstirpationen auf perinealem Wege vorgenommen, eine Mortalität von 9% gehabt und viele von diesen Kranken nach 9, 11 und 12 Jahren gesund wiedergesehen. Die Operation ergibt also gute Resultate; nichtsdestoweniger ist die transvesikale Prostatektomie derselben vorzuziehen, namentlich wenn man von den Karzinomen absieht. Die anfängliche Sterblichkeit von 11% ist auf diese Weise in letzter Zeit erheblich zurückgegangen, namentlich seit H. keine Prostataoperation vornimmt, ohne sich vorher über den Koeffizient der Harnstoffausscheidung und namentlich über die Ambardsche Konstante orientiert zu haben. Letztere muß als ein großer Fortschritt für die Chirurgie der Prostata angesehen werden. Ist dieselbe unter 0,100, dann kann die Operation vorgenommen werden, sonst aber nur nachdem der Kranke während mehrerer Tage oder Wochen einer strengen lakto-vegetarischen Kost unterworfen und während einiger Tage vor der Operation je fünf Tropfen Digalen genommen hat. Von den 35 im Jahre 1913 vorgenommenen Prostatektomien endeten nur zwei tödlich, und zwar starb der eine Patient am 14. Tage nach der Operation an Angina pectoris, der andere nach einem Monate plötzlich infolge einer Herzkrankheit. Im laufenden Jahre hat H. 18 Prostatektomien ohne einen Todesfall gemacht. Man kann also sagen, daß die Prostataausschneidung in Anbetracht der guten Erfolge baldigst zu den alltäglichen Eingriffen gezählt werden wird. E. Toff-Braila.

Zur perinealen Prostatektomie, von E. Lick-Danzig. (M. m. W., 1914, Nr. 11.) Zu der von Berndt (M. m. W., 1914, Nr. 1) beschriebenen Methode der perinealen

Digitized by Google

Enukleation der Prostata bemerkt L., daß dies Verfahren in Amerika sehr ausgiebig geübt werde, und daß er es selbst bei einem Falle gelegentlich anwandte und von dem glatten Verlauf angenehm überrascht wurde. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Technik der Prostatectomia suprapubica, von JENKEL-Altona. (Zbl. f. Chir., 1913, Nr. 28.) Operationstechnik. Empfehlung eines eigens zu dieser Operation konstruierten Prostatahebers. O. Valentiner-Leipzig.

Zur Technik der suprapubischen Prostatektomie und ihrer Nachbehandlung, von H. SCHLOFFER. (Prag. m. W., 1913, Nr. 38.) Verfasser berichtet über seine Stellungnahme zur Wundversorgung und Nachbehandlung der suprapubischen Prostatektomien. Bei Schwierigkeiten mit der Blutstillung nach der Enukleation sind heiße Spülungen zu versuchen. Hinterher ist das suprapubische Blasendrain FREYERS einzulegen, das eine hohe Sicherheit vor jeder Harnstauung gewährt und auch größeren Koagulis den Durchtritt sicherer gestattet als der Verweilkatheter. Je weiter man die Blasenwunde von jener der äußeren Haut verlegen kann und je kontraktiler der betreffende Teil der Blasenwand ist, desto sicherer wird man eine Fistelbildung verhüten. Verfasser verwendet weitere Röhren, als sie sonst üblich sind, legt aber kein allzu großes Gewicht auf die Starrwandigkeit derselben. Spülungen sollen so wenig als möglich ausgeführt werden. Wenigstens in den ersten Tagen kommen Spülungen nur in Betracht, wenn sich das Blasendrain verlegen sollte. Das Drain bleibt, auch nachdem der Harn blutfrei geworden ist, noch durch einige Tage, also bis zum 7. oder 8. Tage liegen. Am 6. oder 7. Tage wird der Verweilkatheter eingelegt und, wenn dieser funktioniert und keine neuerliche Blutung kommt, spült man noch durch das Blasendrain und zieht am nächsten Tage das Drain ganz heraus. Gewöhnlich kommt dann bei guter Funktion des Katheters überhaupt kein Harn mehr durch die Blasenöffnung heraus. Durch den Verweilkatheter wird jetzt regelmäßig gespült. Er bleibt gewöhnlich bis zum 14. Tage liegen. Spontane Miktionen soll man nicht vor Ablauf der zweiten Woche erstreben, spült aber auch dann noch bei trübem Harn regelmäßig.

G. Heymann-Elbing.

Die suprapubische Prostatektomie mit spezieller Berücksichtigung der Drainage, von L. W. SMITH-La Fayette. (J. Am. m. Assoc., 7. Nov. 1914.) Die Belästigung des Patienten durch Ausfließen des Urins nach der Ausführung des hohen Blasenschnittes bekämpft Verfasser durch eine Hebervorrichtung, welche einige praktische Verbesserungen bietet, wenn sie auch im Prinzip schon lange nicht mehr neu ist.

A. Philippi-Salzschlirf.

Bericht über eine neue kombinierte Methode der Prostatektomie, von J. L. THOMAS-Cardiff. (Lanc., 23. Mai 1914.) Folgende Beobachtung wird als Beispiel angeführt: ein 83jähriger Mann mit ausgedehnter Arteriosklerose kam wegen akuter Urinretention zur Behandlung. Wegen sehr bedrohlicher Allgemeinerscheinungen wurde von einer Allgemeinnarkose abgesehen und die Spinalanalgesie mit Stovain ausgeführt. Zunächst wurde die Sectio alta vorgenommen und nach Entleerung des fötiden Urins ca. 30 ccm Jodtinktur (die englische Jodtinktur ist schwächer als die deutsche) in die Blase eingegossen. Ohne den Patienten irgend wie umzulagern, wurde alsdann die Blase vom Perineum her eröffnet, was durch Vordrängen der Haut durch eine vom hohen Schnitt her durch die Blase eingeführte Zange sehr erleichtert wird. Darauf erfolgte die Enukleation unter gleichzeitiger Bearbeitung von beiden Inzisionen her. Das Resultat war befriedigend. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Frage der totalen Entfernung der Prostata bei der sogenannten Hypertrophie, von A. P. GRINENKO-Petersburg. (Arch. f. klin. Chir., 1914, Bd. 103, H. 2.) Histologisch ist die vollständige Entfernung der Prostata ohne Verletzung der faszialen

Digitized by Google

Hülle unmöglich. Die transvesikale Methode der Entfernung der Geschwulst aus der Drüse muß als einzig rationelle angesehen werden. Unter der Kapsel der Prostatadrüse versteht man die Hülle, die die Blätter der Beckenfaszien um dieselbe bilden. Eine Teilung der Prostata in Lappen ist vom anatomischen Standpunkt aus unberechtigt. Bei der sogenannten Prostatahypertrophie entwickeln sich in dem glatten Sphinkter aus den periurethralen Drüsen adenomatöse Knoten. Diese Knoten können aus der Drüse durch die Harnblase in ihrer ganzen Masse ausgeschält werden. Bei der transvesikalen Prostatektomie wird das periurethrale Adenom entfernt, die Prostata selbst bleibt an ihrem Platze. W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Fall von suprapubischer Prostatektomie, von Carlos Negrete. (Rev. Ibero-Am., März 1914.) Beschreibung der Untersuchungsmethoden und der Operation. Hat mehr chirurgisches Interesse. R. Frühwald-Leipzig.

Eine Methode der Bekämpfung der postoperativen Hämorrhagie bei suprapubischer Prostatektomie, von E. L. Keyes-New York. (J. Am. m. Assoc., 19. Dez. 1914.) Die von K. hier mitgeteilte Methode besteht im wesentlichen in der Kompression des nach der Enukleation der Prostata meistens ziemlich stark und unregelmäßig eingerissenen Blasenhalses vermittels einer Katgutnaht, welche mit der Reverdinschen Nadel vom Perineum her in die Blase und dann unter Umfassung des Blasenhalses durch die gleiche Hautstelle wieder hinausgeführt wird. Ohne die beigegebenen Abbildungen ist eine Wiedergabe der technischen Einzelheiten kaum möglich. Bei zehn Fällen erwies sich die Methode als sehr brauchbar. A. Philippi-Salzschlirf.

Eine neue Methode zur Nachbehandlung der Prostatektomie, von J. W. van Bisselick. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 12.) Um das Frühaufstehen der Operierten zu beschleunigen, wird in der chirurg. Universitätsklinik in Amserdam seit $1^1/_2$ Jahren während einiger Tage nach der Operation ein Dauerkatheter gebraucht, wobei nach der Prostatektomie nur ein sehr kleines Loch in der Blasenwunde offen gelassen wird, durch das ein Tampon nach außen geführt wird. Der Tampon wird meist nach 24 Stunden entfernt. Die Blase wird alle 2 Stunden gespült und der Katheter jeden Tag gewechselt. Vom 3.—4. Tage ab wird der Katheter nur nachts eingelegt; nachher kann Patient auch nachts spontan urinieren. Bei stark infizierter Blase wird der Tampon erst nach 48 Stunden entfernt. E. Brinitzer-Altona.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Die Erkrankungen der Niere, von E. Portner-Berlin. (M. Kl. 1914, Nr. 2, 3, 4, 6, 10, 13, 15.) Die praktischen Winke, die Portner in einzelnen Heften der „Medizinischen Klinik" in dem Kapitel: „Aus der Praxis für die Praxis" gibt, umfassen dieses Mal das Gebiet der Nierenerkrankungen. Mit lapidarer Kürze bespricht er Ätiologie, klinische Symptome, Prognose, Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten und bringt neben vielem Bekannten auch viele praktisch wertvolle neue Gesichtspunkte. Er beginnt mit der akuten Pyelitis. 1. Ätiologie: Einwanderung von Bakterien (oft Bact. coli.) unter begünstigenden Umständen (Blennorrhoe, Prostatahypertrophie, Strikturen, Schwangerschaft). 2. Symptome: Schmerzen in der Nierengegend, hohes Fieber, Urin eitrig. 3. Diagnose: aus dem Eitergehalt des Urins, der Anamnese und ev. Ureterenkatheterismus. 4. Therapie: in erster Reihe Wärme durch Thermophor mit oder ohne Rumpfwickel, eventuell Narkotika; viel Flüssigkeit, d. h. heiße Getränke, Milch mit Selter 3 : 1, sechs Glas täglich, dünnen Tee (Baldrian, Kamillen, Lindenblüte), vier bis sechs Tassen oder spezifischer Fol. uvae ursi oder Fol. bucco, im ganzen drei Liter Flüssigkeit pro die. Ferner Salol 4—5 mal täglich à 1 g ca. 8 Tage lang, dann Urotropin usw., lakto-vegetabile Diät, erst nach 8—14 Tagen etwas Fleisch. Bei anhaltendem

Digitized by Google

Fieber Ureterenkatheter, eventuell stundenlang liegen lassen, im Notfalle Nephrotomie. Dann die chronische Pyelitis, meist aus der akuten, selten von vornherein sich schleichend entwickelnd, meist bei Frauen. Dauernde Pyurie, mit Schmerzen, Fieber; Diagnose durch den Ureterenkatherismus und funktionelle Nierendiagnostik. Nach Ausschaltung von Prostata und Blase als Sitz der Eiterung ein Versuch, die Größe des Nierenbeckens festzustellen durch Röntgenbild (eventuell mit Kollargol), eventuelle Verwechslung mit Tuberkulose oder Steinbildung. Therapie: Salol, Urotropin, drei Liter Flüssigkeit; gemischte Diät, auch Fleisch, Nierenbeckenspülungen mit 1% Arg. nitr. oder 1% Kollargol 8—30 ccm. Wenn nach zehn Malen erfolglos, abbrechen. Vakzinebehandlung mit der Autovakzine eines aus dem Urin gewonnenen Bakteriums, selten von Erfolg. Ureterendauerkatheter nur bei Exazerbation $^1/_2$—1, eventuell 14 Tage liegen lassen, strengste Asepsis. Pyelonephritis, hervorgerufen meist durch akute Infektionen (Anginen, Furunkel, Abszesse) oder von den unteren Harnwegen aus, besonders bei gleichzeitiger Stauung infolge von Prostatahypertrophie, Gravidität oder durch Nierensteine. Von den Symptomen besonders erwähnenswert das hohe Fieber mit Schüttelfrost, Druckempfindlichkeit und Vergrößerung der Niere, Urin oft nur wenig getrübt. Diagnose durch Palpation, funktionelle Nierendiagnostik, Ureterenkatherismus. Therapie: Salol viermal täglich 1,0 g, reichliche Flüssigkeitszufuhr. Diät: $1^1/_2$ Liter Milch mit Zwieback, Weißbrot, Reis, Grieß usw., später grünes Gemüse und Obst. In chronischen Fällen auch Fleisch. Nicht reine Milchdiät, die zur Unterernährung führt. Bei anhaltendem Fieber und Verschlechterung des Befindens Nephrotomie, da sonst Sepsisanurie zu befürchten ist. Es folgen dann die für den Praktiker weniger in Betracht kommenden Erkrankungen: Pyonephrose, Epinephritis, Para- und Perinephritis. Bei den Nierentumoren ist die Diagnose, ob gutartig (Lipome, Adenome) oder maligne (Hypernephrome, Sarkome, Karzinome), meist nur durch die mikroskopische Untersuchung zu stellen, daher, sobald ein Verdacht vorhanden ist, operieren, zumal das deutlichste klinische Symptom (neben Abmagerung und Schmerzen) die Hämaturie meist erst sehr spät auftritt. Da die Palpation meist nicht zum Ziele führt, noch während der Blutung zystoskopieren, um feststellen zu können, aus welcher Niere die Blutung kommt. Im übrigen Röntgenbilder, besonders nach Kollargolfüllung des Nierenbeckens. Therapie: Nephrektomie mit gründlicher Entfernung der Kapsel. Prognose: bei früh erkannten Fällen leidlich, bei großen Tumoren ungünstig. In bezug auf Nephralgie (Nephralgia haematurica, Nierensteinneuralgie, Nephritis dolorosa) schreibt Portner: „unklares aber wichtiges Krankheitsbild", und bespricht in diesem Sinne auch die Symptome, Diagnose usw.

Ausführlicher behandelt Portner das Kapitel der Nierensteine: 1. primäre Steine — meist Urate und Oxalate — aus unbekannter Ursache. 2. Phosphate bei Eiterungen in der Niere. Die Steine liegen meist im Becken, seltener im Parenchym. Urin zuerst meist klar, später meist eitrig und Bildung von Pyonephrose oder Schrumpfung der Niere. Von den Symptomen sind zu nennen: Schmerzen, kolikartig oder kontinuierlich, meist nach den Nachbarorganen ausstrahlend. Blutungen so, daß oft auch im klaren Urin rote Blutkörperchen nachweisbar sind. Diagnose oft nur sicher möglich, wenn Steinschatten im Röntgenbilde sind, doch können selbst größere Steine, besonders Urate, keinen Schatten bilden. Stets von beiden Seiten Aufnahmen machen, eventuell den zentrifugierten Urin mikroskopisch genau untersuchen. Behandlung: 1. bei Kolik Morphium oder Heroin, Thermophor, Darmentleerung durch Eingüsse mit Seifenwasser, $^1/_2$ Eßlöffel Sapo kalinus auf 1 Liter Wasser von ca. 30° C, 1 m Druck; wenn keine Übelkeiten, reichlich heiße Getränke, 3—4 Liter Wasser, Milch, Tee, Kaffee usw., eventuell Glyzerin (Glycerini purissimi 180,0, Tinct. cort. aurantii, Tinct. amar. āā 10,0.

Digitized by Google

D. S. Die Hälfte in einer Stunde austrinken, nächsten Tag wiederholen). 2. Nach der Kolik Röntgenbild; bei kleinen Steinen bis Erbsengröße und klarem Urin, abwarten, aber durch gut verteilte reichliche Flüssigkeitsmengen, $2^1/_2$ Liter pro die, die Anlagerung neuer Kristalle verhüten. Bei trübem Urin viermal täglich 0,5 Urotropin. Diät: gemischte, reizlose Kost, regelmäßiges Leben, kein übermäßiger Alkoholgenuß, keine Obstipation. Bewegung nur dann verbieten, wenn der Urin blutig oder eitriger wird. Alle sechs Wochen mikroskopisch konzentrierten Urin untersuchen. Sobald stärkere Infektion oder dauernde Beschwerden oder wiederholte starke Blutungen: Operation; letztere bei Steinen über Erbengröße ebenfalls erst bei Verschlechterung des Befindens oder Komplikation (Pyelonephritis mit septischem Fieber, Anurie), regelmäßige Urinkontrolle, Zustand kann jahrelang stabil bleiben. Von den Operationen ist die Pyelotomie, d. h. die Spaltung des Nierenbeckens, der Nephrotomie vorzuziehen, aber nur möglich, wenn der Stein im Nierenbecken lokalisiert — ohne Fortsätze in dem Kelche — und der Urin nur leicht infiziert ist. Nach Entfernung des Steines (spontan oder operativ) durch Diät Rezidiven vorbeugen; dieselbe muß je nach der chemischen Konstruktion des Steines geregelt werden (vgl. Original). Medikamentös bei Uraten, bei denen der Urinamphoter reagieren soll, Natr. bicarbon. viermal täglich einen Teelöffel (2,5 g) oder Natr. citr. viermal täglich eine Messerspitze, aber nicht direkt nach den Mahlzeiten; bei Oxalaten soll die Reaktion sauer sein. Magnes. citr. in Sandowscher Mischung oder Magnes. sulfur. viermal täglich eine reichliche Messerspitze = 0,5 g, eventuell in Oblaten. Im folgenden Aufsatz bemerkt Portner in bezug auf die Wanderniere folgendes: meist rechts, meist kongenital, bei schlanken Individuen und bei Frauen, durch Erschlaffung der Bauchdecken hervorgerufen; oft gar keine Symptome, bei manchen Fällen ziehende Schmerzen in der Kreuz- und Nierengegend; bisweilen Übelkeiten und Erbrechen, sehr selten Koliken (Knickung des Nierenstiels, Hydronephrose). Diagnose: beweglicher Tumor von Nierenform und -größe, der sich in die Nierennische reponieren läßt. Therapie: nur bei Beschwerden, die zum größten Teil auf die meist ebenfalls gesenkten Bauchorgane zurückzuführen sind. Von Bandagen am empfehlenswertesten Teufels Universalleibbinde (17,00 M.), am besten ohne Pelotte, wenn mit solcher, dann einer so großen, daß sie vom Rippenbogen zum Darmbeinkamm reicht; kleinere Pelotten hindern das Hinabgleiten nicht und schaden eventuell durch Druck. Binde im Liegen nach vorheriger Reposition anlegen, für Stuhlgang sorgen, langes Stehen verbieten, dagegen Turnen zur Kräftigung der Muskulatur, eventuell Mastkur. Operativ: Nephropexie, d. h. Aufhängen der Niere mit Katgutligaturen an die 12. Rippe, nur bei schweren Koliken, oder wenn starke Beschwerden trotz Binde bestehen, oder wenn Albumen oder Zylinder auf nephritische Erkrankung deuten. Urinuntersuchung vor der Palpation, da diese oft schon leicht reizend wirkt und im Urin sich dann rote Blutkörperchen und Zylinder vorfinden können. Hydronephrose entsteht durch Stauung des Urins, das Hindernis für den Abfluß kann kongenital sein (Knickung des Ureters usw.), der Urin bleibt fast nie lange klar, meist entsteht sehr schnell eine infizierte Hydronephrose; dieselbe ruft Koliken und Blutungen hervor und eventuell einen palpablen Tumor von wechselnder Größe. Diagnose läßt sich durch Palpation, Ureterenkatheterismus und Röntgenbild nach Kollargolfüllung des Nierenbeckens und des Ureters stellen. Kleine, aseptische Hydronephrosen läßt man unbehandelt, größere kann man durch den Ureterenkatheter zu entleeren versuchen (bei infiziertem Inhalt eventuell Spülungen). Wenn kein Erfolg, dann ebenso wie bei großen infizierten: Operationen, und zwar am besten unter Schonung der Niere. Beseitigung des Abflußhindernisses, bei infiziertem Urin wird Nephrotomie, eventuell Nephrektomie nötig sein. Die Nierentuberkulose ist fast stets primär, oft der erste nachweisbare Herd

Digitized by Google

im Körper. Die Beschwerden sind meist von seiten der Blase (blutiger, eitriger Urin, vermehrte, sehr schmerzhafte Miktion). Nierenschmerzen nur selten. Diagnose oft nur durch Tierversuch zu stellen. Therapeutisch ist die Nephrektomie so früh als möglich am besten, Tuberkulinkuren können die Operation nicht ersetzen. Die Operation ist kontraindiziert, 1. wenn bereits die zweite Niere tuberkulös erkrankt ist, 2. bei fortgeschrittener Lungentuberkulose und 3. bei vielfachen anderen tuberkulösen Herden. Die Nephritis der zweiten Niere ist keine Kontraindikation, da dieselbe oft toxisch ist und nach Entfernung der tuberkulösen Niere zurückgeht. Quasi im Anhange bespricht Portner noch folgende Kapitel: 1. Ureterensteine, das sind auf der Wanderung nach abwärts steckengebliebene Nierensteine mit unbestimmten Symptomen: dauernde Beschwerden im Unterleib, Darmstörungen, kolikartige Schmerzen in der Ureterengegend. Für die Diagnose ist wichtig das Röntgenbild, die mikroskopische Urinuntersuchung und Zystoskopie. Man versucht durch den Katheter den Stein zu lockern oder das Instrument über denselben hinweg vorzuschieben und 50 ccm steriles warmes Wasser, dann 5—10 ccm steriles Öl einzuspritzen; sitzt der Stein am unteren Ende des Ureters, so gelingt es bisweilen, ihn mit der Zange zu fassen. Innerlich Glyzerin und Atropin, und zwar zweimal täglich eine Injektion von 0,0005 Atropin. Sehr viel trinken lassen, Operation nur bei dauernden Beschwerden, bei wiederholten starken Blutungen, bei Anurie, bei Stauung oder Infektion in der zugehörigen Niere. Die Erfolge der Ureterolithotomie sind gut. Die Anurie, d. h. das Versiegen der Harnsekretion, ist eine Folge von Herzschwäche, Hysterie oder Nierenerkrankungen (besonders Nephritis und Nephrolithiasis, die letztere infolge von Einklemmungen). Die Therapie richtet sich nach der Ätiologie bzw. Diagnose; für diese müssen Röntgenbilder von beiden Nieren aufgenommen werden. Bei vorhandenen Steinschatten Entfernung der Steine wie oben erwähnt, auch heiße Getränke und Theophylinsuppositorien (Theophylin. natrioacetici 0,2 Butyr. cac. 2.0 M. f. supp.), viermal täglich ein Stück. Setzt die Urinsekretion nicht ein, dann nach spätestens 48 Stunden (bei schlechtem Allgemeinbefinden früher) Nephrotomie der besseren, d. h. zuletzt erkrankten Niere; diese kann durch die Entspannung selbst, wenn kein Stein vorhanden ist, Heilung bringen. Zeigt sich bei der Operation der Ureter nicht durchgängig, dann Ureterotomie. Dauert die Anurie dann noch fort, und es ist möglich, am nächsten Tage Spaltung der anderen Niere. Bei Anurie infolge von Nephritis: Diuretika. Den Schlußabschnitt bildet die polyzystische Degeneration der Nieren, eine seltene, aber wichtige Erkrankung. Meist kongenitale Anlage, derzufolge sich gewöhnlich um beide Nieren eine große Anzahl von Zysten bildet, die die Nieren zu einem großen, buckligen Tumor umwandeln. Tod durch Urämie. Symptome die einer Schrumpfniere, da das normale Nierengewebe allmählich zugrunde geht. Diagnose durch Palpation und funktionelle Untersuchung. Behandlung wie bei Schrumpfniere: Nierenreize verbieten, Flüssigkeitszufuhr einschränken, keine Operation. O. Lasch-Breslau.

Über die funktionelle Diagnostik der Nierenkrankheiten, von Th. Janowsky-Kiel. (M. Kl., 1914, Nr. 6/7.) In einer sehr dankenswerten Weise bespricht Janowsky die verschiedenen Methoden, die uns Aufklärung darüber geben können, wieweit die Nieren ihren Funktionen nachzukommen imstande sind, resp. wieweit sie durch pathologische Veränderungen darin beeinträchtigt werden. Trotz der immensen Wichtigkeit der Frage ist die methodische Bearbeitung derselben noch eine relativ junge. Der Verfasser legt an jede einzelne Methode die kritische Sonde an und kommt zu dem Gesamtresultat, daß dieselben trotz ihres unabweisbaren Bedürfnisses noch recht unvollkommen sind. O. Lasch-Breslau.

Eine neue Methode zur Prüfung der Nierenfunktion mittels Bestimmung der Ausscheidung innerlich gegebenen Harnstoffs, G. W. Mc Caskey-Fort Wayne,

Digitized by Google

Ind. (M. Record, 21. März 1914.) Die größere oder geringere Ausscheidung verbrauchter Stoffwechselprodukte ist ein gewisser Maßstab für die Tätigkeit der Nieren; doch steht die Ausscheidung der in Betracht kommenden Stoffe, Harnstoff, Salze und Wasser, nicht in Parallele. Darum ist auch die bekannte und in mancher Hinsicht sehr wertvolle Phenolsulfonaphtaleinprobe nicht imstande zu differenzieren und anzugeben, für welche Stoffe und in welchem Maße die Funktion der Niere eventuell herabgesetzt ist. Am besten geschieht dies durch Überladung des Kreislaufs mit den verschiedenen Substanzen und der Bestimmung ihrer Ausscheidung in bestimmten Zeitperioden. Die Durchgängigkeit der Nieren für Harnstoff kann nach Verfasser ziemlich genau festgestellt werden, wenn innerlich 30 g Harnstoff gegeben und danach alle zwei Stunden Harnportionen entleert und quantitativ untersucht werden. Verfasser gibt genaue Tabellen seiner einschlägigen Versuche an Gesunden und Kranken. W. Lehmann-Stettin.

Angeborene Mißbildungen der Nieren und der Harnwege, von K. Motzfeldt. (Norsk Magazin f. Lægevidenskaben, 1914, Nr. 7.) Unter 4500 Sektionen wurden 79 Fälle dieser Mißbildung gefunden: Aplasia 10, Hypoplasia 11, Hufeisenniere 9, Dystopia 5, Hydronephrose 21, doppelter Ureter 23 (zu niedrig; nachdem in den drei letzten Jahren danach gesucht wurde, wurden 12 Fälle unter 972 Sektionen gefunden, also ca. 1,2%). Die Häufigkeit der Mißbildungen der Nieren usw. kann auf ca. 2% veranschlagt werden. Einzelniere kommt wahrscheinlich häufiger vor, als bisher angenommen. Hypoplasie ist am häufigsten bei Weibern festgestellt. Bei Hufeisenniere ist Herzhypertrophie nicht erwiesen. Ureteranomalien mit daraus folgender Hydronephrose spielen als Krankheitsursache die größte Rolle. Diese Zustände sind sehr häufig und kommen vorzugsweise bei Männern und auf der linken Seite vor. Mißbildungen des Zentralnervensystems sind bei keinem der referierten Fälle wahrgenommen worden. Doppelureter ist die am häufigsten vorkommende Anomalie, hat aber praktisch nur eine geringe Bedeutung. Gleichzeitiges Vorkommen anderer Mißbildungen ist sehr selten (nur 9 Fälle) und daher ein schlechter Anhalt für die Diagnose. Maligne Geschwülste und Tuberkulose kommen sehr selten vor. W. Holland-Kristiania.

Verschiedenes.

Nach Blaschko („Kann uns die Lepra in den russischen Ostseeprovinzen gefährlich werden?“ D. m. W., Nr. 23, 3. Juni 1915) gibt es zurzeit Leprosorien in Kurland: in Talsen, Tuckum, Bauske und Erwahlen; in Livland: in Dreilingsbusch bei Riga, Wenden, Muhli bei Dorpat, Tarwast und in Nennal am Peipussee.

Prof. Arthur Pappenheim und Sanitätsrat Dr. Otto Mankiewicz in Berlin haben das Eiserne Kreuz II. Kl. erhalten.

Der Assistent der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Wien, Dr. Leopold Arzt, Oberarzt d. R. und Kommandant des Epidemiespitales Nr. I hat das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens am Bande des Militärverdienstkreuzes erhalten.

Sir William Richard Gowers, konsultierender Arzt am University College Hospital und am National Hospital for the Paralysed and Epileptic in London, der berühmte Neurologe, ist gestorben. Von ihm stammen zahlreiche wertvolle Beiträge zur Kenntnis der Syphilis des Nervensystems.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes“) ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abderhaldensche Reaktion b. Prostatikern, Colombino 565.
— Technik b. d. Diagnose d. Syphilis, Varney u. Morse 578.
Abortive Bhdlg. s. Blennorrhoe, Erysipel.
Abszeß dch. e. tier. Parasiten, Manthey 430.
Addisonsche Krankheit n. Trauma, Riemann 397.
— — Basedowsche und, Rössle 397.
Addisonscher Krankheit. Opotherapie bei, Zúriga 397.
Adenom s. Prostata, Schweißdrüsenadenom.
Adenome. Histogenese der Nabel-, Waegeler 380.
Adenophlegmone der Submaxillargegend, Azúa 504.
*Adrenalin u. Pituitrin. Empfindlichkeit d. Haut für, Josefson 413.
Affen. Übertragg. e. Leproms a. e. niederen, Verrotti 214.
Akanthosis nigricans, Klein 397, Dubois-Havenith 397.
— — m. Pulmonalkrebs. Klin. u. histol. Studium der, Petrini 266.
Akariasis felina b. Menschen, Barbaglia 214.
Akne. Bhdlg. der, Sibley 269.
— — — juvenilen, Moberg 79.
— Biokinet. Methode bei Gesichts-, Jourdanet 255.
Aknitis-Typus. Tuberkulide vom, Müllern-Aspegren 77.
Akromegalie. Röntgenstrahlen bei, Gunsett 379.
Aktinomykose d. Nackens u. Gesichts, Poncet 326.
— Atypische, Nicolas, Massia, Gaté u. Pillon 327.
— Röntgenstrahlen bei, Sardemann 327.
Albinismus a. d. Philippinen, Heiser u. Villafranca 437.
— Klin. Beobachtgn. über, Ebstein u. Günther 438.
Aleucaemica s. Lymphadenomatosis.
Alopezien b. Kinde. Klinische Diagnose der, Burnier 422.
Alopezia areata, Riecke 395, Przezdziecki 423.
— — dch. Nervenchok, Alderson 384.
— atrophicans. Anfangsstadium der, Dreuw 422.
— — b. Kindern, Joseph 422.
— totalis. Radiotherapie der, Thedering 422.
Ambozeptoren. Absorption d. hämolytischen 52.
American Dermatological Association 232.
Amylum tritici 360.
Anästhesierung auf endovenösem Wege, Honau u. Hassler 512.
Analekzems. Bhdlg. des, Moberg 72.
Angiokeratoma circumscriptum am linken Oberschenkel, Fabry 416.
Angiome. Bhdlg. der Gesichts-, Morestin 382.
Angioma palpebrae, van Lint 382.
Angiosarkom s. Hautangiosarkom.
Anthrakosis, Riecke 395.
— s. Schieferanthrakosis.
Antiprurit 427.
*Antigonorrhoikum. Thigan, ein neues, Chrzelitzer 305.
Anurie s. Steinanurie.
*Appell an die Herren Kollegen. Patriotischer, Halle 361.
Araneidismus, Sommer u. Greco 219.
Argyrie nach Kollargol, Crispin 428.
Arsen. Zirzinärer Lichen Wilson, resistent gegen, Covisa 504.
Arsenkeratosen u. -pigmentation, Alderson 384.
Arsenpigmentation u. -keratosen, Alderson 384.
Arsenikkrebs, Nutt, Beattie u. Pye-Smith 358.
Atoxyl u. Strahlentherapie. Scheinb. Erfolg b. e. Krebsgeschwulst durch, Blumenthal 360.
Aufritt. Furunkulin b. Furunkel und, Gáldonyi 303.
Augenblennorrhoe, Petzoldt 304.
Aurum-Kalium cyanatum 217, 371, 416.
— — — i. d. Dermatologie, Covisa 371.

Digitized by Google

Balanitis simplex, e. Sklerose vortäuschend, Riecke 395.
Bartes. Entfernung des Frauen-, Unna 431.
Basedow. Hautpigmentation bei, Sainton 396.
— Addison und, Rössle 397.
Behaarung m. heterolog. Pubertas praecox b. e. 3jähr. Mädchen. Allgemeine, Herzog 440.
Berichtigung 256.
*Berufe erworbene Schleimbeutelerkrankungen. Im, Ebstein 569.
Bestrahlung. Prostatafunktion u. Bhdlg. d. Prostatahypertrophie dch. indirekte, Jakobsohn 583.
β-Strahlen 333.
Beule s. Jerichobeule.
Biokinetische Methode b. Gesichtsakne, Jourdanet 255.
Blase. Rückenmarkslokalisationen i. d. Pathologie der Niere und, Strominger 83.
— b. Retroflexio uteri. Intermitt. Reiz-, Teleky 30.
— Erkrankgn. der, Portner 470.
— dch. die Urethra. Entfernung e. russischen Maschinengewehrkugel aus der, Zondek 483.
— Chirurgie der Sanduhr-, Squier 511.
— nach suprapub. Operation. Dränage der, Chetwood 526.
— s. auch Harnblase.
Blasendivertikel. Wahres laterales, Ghezzi 487.
Blasenfisteln. Zystoskopie bei, Kubinyi 487.
Blasengeschwülste. Koagulationsbhdlg. der, Rubritius 485.
Blasengrundes m. Metallkatheter u. Radiographie. Messung u. Projektion d. hint. Teiles d. Harnröhre u. des, Pedersen u. Darling 463.
— Diathermie b. malignem Gewächs des, Iredell u. Thompson 486.
Blasennaht. Sectio alta und ein neues Verfahren für, Francisco 526.
Blasennarben dch. Fulguration. Besserung von, Bangs 488.
Blasenneubildungen. Hochfrequenzströme bei, Pedersen 484.
— Instrument z. Applikation v. Radium auf, Ayres 486.
Blasen-Prostata-Perinealfistel. Doppelter Ureterkatheterismus bei, Cifuentes 373.
Blasensteinen. Hypogastr. Schnitt bei, Negrete 484.
Blasensteinzertrümmerung. Spontane, Schaller 483.
Blasentuberkulose im Beginne. Diagnose u. Bhdlg. d. Nieren- und, Wildbolz 84.
— Exclusio vesicae b. schwerer, Key 486.
— Maximale narbige Retraktion bei, Perrier 487.
Blasentumoren, Swan 484.
— Diagnose u. Therapie der, Young 484.
— Moderne Bhdlg. der, Pascual 485.
— Operative Bhdlg. der, Hildebrand 485.
— Hochfrequenzströme bei, Renner 485.
Blasenvarizen. Hämaturie durch, Dialti 487.
Blastomykose u. Tuberculosis verrucosa cutis. Ähnlichkeit von, Irvine 271.
— s. auch Hautblastomykose.
Blastomycosis americana 265.
Blennorrhagie. Syphilit. Schanker der Harnröhre und, Brault u. Montpellier 372.
— d. vord. Harnröhre. Bhdlg. der akuten, Azúa 81.
— Uranoblen bei, Mañueco 216.
— Vakzinotherapie u. Serotherapie der, Tanton u. Grenier 82.
— s. auch Blennorrhoe, Gonorrhoe, Tripper, Urethritis.
Blennorrhagischen Komplikationen. Meningokokkenserum bei, Cealic 373.
Blennorrhoe, Strachstein 273.
— Kongenit. Phimose u. akute, Riecke 394.
— b. Prostituierten. Heilbarkeit der, Schlasberg 73.
— e. Paraurethralganges. Isolierte, Marcus 73.
— Serodiagnose der, Jones u. Simons 275.
— Urethroskopie bei chronischer, Steiner 272.
— b. Manne. Lokale Bhdlg. der, Heinemann 505.
— d. Urethra duplex. Bhdlg. der, Karvonen 73.
— Abortive Bhdlg. der, Jersild 73.
— m. Diathermie. Elektroden z. Bhdlg. der, Boerner u. Santos 457.
— Vakzineanwendung bei, Rost 416.
— Vakzine b. Komplikat. der, Seay 273.
— n. Injekt. v. Gonokokkenvakzine. Rückfall einer akuten, Mason 272.
— s. Augen-, Rektalblennorrhoe. Blennorrhagie, Gonorrhoe, Tripper, Urethritis.
Blitzschlagverletzung, Rille 304.
Blutharnen. Bestimmung des Ursprungs des, Martin 274.
Bolus-Biozyme b. Fluor albus, Meyer 296.

Digitized by Google

Brief aus London, Crackett 510.
Bromeruption, Irvine 203.
Bubo. Röntgenstrahlen bei, Wittig 325.
Bubonen. Methylenblau-Silber bei vereiterten, Saphier u. Zumbusch 325.

Chalarose 279.
Choleragangrän. Typhus -und, Welcker 321.
Cholinwirkung. Experim. Btrge. zur, Ritter u. Allmann 377.
Creeping disease, Sommer u. Gréco 221.

Dampf bei Karbunkel. Wasser-, Gucciardello 303.
Darier. Morbus, Oppenheim 334.
Delbetsche Operation, Kostlivý 425.
Dermatitis dch. Perubalsam. Generalisierte akute, Riecke 395.
— atrophicans 423.
— — progress. chron. diffusa, Moberg 77.
— desquamativa maligna u. sept. Agentien. Psoriasis, Zappalà 370.
— exfoliativa, Miller 202.
— — b. e. Geisteskranken, Alexander 255.
— herpetiformis, Almkvist 74, Cebrián 523.
— papillaris nuchae, Riecke 395.
— parakeratotica parasit. Ursprungs, Ibarguren 221.
Dermatite polymorphe douloureuse aigue recidivante, Moberg 78.
Dermatologische Gesellschaft. Dänische, 88.
— — Wiener, 88.
Dermatologischer Verein. Nordischer, 360.
Dermatomykosen, Malinowski 279.
Dermatosen s. Strichförmige D., Soldatendermatosen.
Dermographismus, Riecke 394 (Bis), 395.
Dermoide u. kongenit. Epidermoide. Ätiologie u. Klinik der, Cederbaum 438.
— s. Samenstrang.
Dermoidzyste d. Leistengegend, Champel 439.
Desinfektion, Sterilisation, Konservierung, Solbrig 540.
— s. Hautdesinfektion.
Desquamation d. Neugeborenen. Großblättrige, d'Ovidio 221.
Diabetes. Xanthochromia palmo-plantaris bei, Labbé 425.
Diabetisch s. Furunkulose.
Diagnose. Fall zur, 75, Almkvist 74, Strandberg 75 (Bis), Afzelius 76, Schlasberg 77, Sederholm 78.
Diathermie u. Elektrokoagulation in der Urologie, Wossidlo 447.
— b. Blennorrhoe, Boerner u. Santos 457.
— b. malignem Gewächs d. Blasengrundes, Iredell u. Thompson 486.
Diphtherie s. Hautdiphtherie.
Diplokokkenvakzine b. Gonokokkie bd. Geschlechter. Polyvalente, Pérez-Grande 30.
Dirnenwesen i. d. Heeren u. seine Bekämpfung, Haberling 30.
Divertikel s. Blasendivertikel.
Dracunculosis medinensis, Cammermeyer 429.
Dyskeratoma naevicum, Bellini 214.
Dystrophia adioposo-genitalis, Sandved 442.

Eisentinktur i. d. Dermatologie. Lokale Anwendg. von, Seeliger 185.
Ekthyma b. Malaria, Chimisso 330.
Ekzem. Bläschen-, Lutembacher 250.
— Impetiginöses, Riecke 395.
— m. psych. Ätiologie. Akutes, Heise 250.
— u. innere Erkrankungen, Hirschberg 250.
— b. Karzinom d. Mamma, Dietrich 402.
— Kinder-, Ochs 251.
— u. Neurodermitis im Kindesalter, Lehnert 250.
— Ferrum sesquichlorat. b. subakut. u. chron. nässendem, Csillag 251.
— Kadogel bei, Bulyoloszky u. Mattyasovszky 252.
— d. Hände. Röntgenstrahlen bei, Wise 255.
— Steinkohlenteer bei, Plicque 252.
— s. Anal-, Formalinekzem.
Ekzems. Prophylaxe u. Bhdlg. des, Jamieson 251.
— Bhdlg. des akuten, Gougerot 251, Šamberger 252.
— Bhdlg. des Kinder-, Joseph 251.
— Röntgenbhdlg. des, Ritter 253, Fisher 254.
— — — chronischen, Thedering 254.
Ekzema seborrhoicum, Riecke 395.
Ekzematösem Pruritus. Radiotherapie bei post-, Ratera 82.
Ekzemtypen u. Bhdlgsarten, Pautrier 249.
Elefantiasis, Campbell 509.
— in Samoa, Leber u. Prowazek 379.
— d. unt. Extremität. Angeborene, Zaccarini 214.
— neuromatosa, Carmichael 439.

Digitized by Google

Elefantiasis nach Lymphangitis postdysenterica, Marcovici 440.
— penis. Dränage m. implant. Venenstücken bei, Janssen 462.
— d. Armes. Lymphangioplastik b. angeborener, Meyer 439.
— s. Pseudoelefantiasis.
Elektrokoagulation u. Diathermie in der Urologie, Wossidlo 447.
Elektrolyse b. Rhinophyma, Bordier 326 (Bis).
Endoskopische Bhdlg. von nächtl. Pollutionen, Randall 541.
— Instrumente. Tragbare Lichtquelle für, Carraro 39.
*Sophus Engelsted †, Rille 366.
Enuresis u. Spina bifida occulta, Scharnke 444.
— nocturna b. Erwachsenen. Röntgenolog. u. zystoskop. Befunde bei, Trembur 444.
— — infantilis. Bhdlg. der essentiellen, Philippart 444.
Enzephaloide Kopfhaut, Jonquières 221.
Epidermoide. Ätiologie u. Klinik der Dermoide und kongenitalen, Cederbaum 438.
Epididymitis b. Prostatektomie, Lockwood 507.
— s. Orchiepididymitis.
Epididymotomie, Knight-Stapleton 548.
Epilation dch. Röntgenstrahlen ohne Schädigung d. Haut. Dauernde, Chilaiditi 432.
— s. Radioepilation.
Epitheliom. Protoplasmafasern beim, Arnold 353.
— d. Lider, Fisher 403.
— d. Unterlippe b. eingeborenen Frauen, Brault 354.
— i. e. alten Lupus erythematosus, Schaumann 73.
— m. Radium geheilt, Covisa 217.
— Radium b. Nasen-, Nogier 354.
— s. Hautepitheliom.
Epithelioms. Bhdlg. des, Ravogli 353.
Epithelioma contagiosum d. Tauben, Sanfelice 396.
Ergebnisse a. d. Gebiete d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten. Praktische, Jesionek 242.
Erysipel kontra Nephritis, Glaser 328.
— Anämisches, Czyhlarz 328.
— Nekrose d. Skrotums dch. chem. Reizung mit, Zeher 505.
— Ammoniumkarbonat innerlich bei, Aja 217.
— Antidiphtherieserum bei, Polák 329.
— Jodtinktur bei, Parisi 329.
— Kälte bei, Nyström 329.
Erysipels. Bhdlg. des, Arneth 328, Berglund 329, Ammitzböll 329.
Erysipelas staphylococcicum, Reiche 328.
Erysipelbehandlung. Abortive, Kumaris 329.
*Erythema induratum Bazin, Bosellini 41.
— infectiosum, Heisler 301.
— mycoticum infantile, Beck 301.
— multiforme. Endemie von, Polland 416.
Eunuchoidismus, Sänger 440.

Fadenpilzerkrankungen des Menschen, Stein 275.
Favus u. Herpes tonsurans der Fingernägel, Foster 299.
Favosa s. Onychomykosis.
Feldarztes. Taschenbuch des, 319.
Fibröse Hautknoten. Sifilodermi nodulogumm. wie polymorphe, Campana 215.
Fibrome d. Frau. Ätiologie, Diagnose, Prognose u. Therapie d. Bauchdecken-, Andersch 382.
Figueira. Brasilianische, Rudolph 323.
Finsentherapie b. Lupus tuberculosus, Azúa 504.
Fistel s. Blasenfistel.
Fluor albus. Bolus-Biozyme bei, Meyer 296.
Formalinekzems. Bhdlg. des, Thilo 251.
*Alfred Fournier †, Petrini 368.
Framboësie. Intramuskuläre Salvarsaninjektionen bei, Cockin 323.
— b. Neger. Späterscheinungen der, Lurz 324.
Fremdkörper s. Harnröhre.
*Fremdkörpertumor b. e. Melker dch. Kuhhaare, Lauener 529, 556.
Frostschaden. Symmetr. Gangrän im Balkankriege kein, Welcker 321.
Fulguration. Besserung v. Blasennarben durch, Bangs 488.
Furunkel u. Aufritt. Furunkulin bei, Gáldonyi 303.
Furunkelbehandlung. Technik der, Fried 304.
Furunkulin 303.
Furunkulose. Alkalisierung der Gewebe b. diabetischer, Brunner 424.
— Jodtinktur-Ichthyol bei, Berger 303.
— im Säuglingsalter. Thermokauter bei, Schubert 303.
— d. Haut. Vakzinetherapie der chronischen, Messerschmidt 303.
— Autovakzinen bei, Willmes 303.
Fußsohlen s. Keratoma.

Galeodismus 220.
γ-Strahlen 333.

Digitized by Google

Gangrän im Balkankriege kein Frostschaden. Die Symmetrische, Welcker 321.
— d. Genitalien. Spontan-, Pujol 442.
— Primäre infektiöse Purpura mit, Covisa 504.
— s. Cholera-, Gas-, Nosokomial-, Scheiden-, Typhusgangrän.
Gangränös s. Ulkus.
Gasgangrän, Fraenkel 332.
Gasphlegmonen, Franke 332.
Gemüseschälern. Perionychie bei, Peyri 217.
Genitalien. Spontangangrän der, Pujol 442.
— inf. Hypernephrom. Vorzeitiges Wachstum der äußeren, Jump, Beates u. Babcock 441, Baldwin 525.
*Genitalgegend. Monströser Tumor der, Grisson u. Delbanco 89.
Genitalorgane. Tbc. der kindlichen, Lyons 445.
Genitalsystems. Tbc. des männlichen, Simmonds 445.
Genitaltuberkulose. Operative Bhdlg. der, Cabot u. Barney 446.
Geroderma genito-dystrophicum, Fragola 425.
Geschlechtskrankheiten s. Lehrbuch, Ergebnisse, Venerische Krankheiten.
— Prostitution und, Gimenez 221.
— Prophylaxe der, 40.
*— Bekämpfung der Verbreitg. der, Düring 575.
— Ziele u. Aufgaben b. d. Bekämpfg. der, Richter 297.
— a. d. Welt? Wie schafft man die, Bachmann 184.
— Ausschußsitzung der D. Ges. z. Bekämpfg. der, 550.
— im Kriege. Haut- und, Blumenfeld 208.
— u. Krieg, Finger 192.
— im Felde. Verhütung der, Lesser 112, Buschke 528.
— — — Prophylaxe u. Therapie der, Scharff 192.
— — — Bekämpfg. der, Bruck 408.
— — — Bedeutg. u. Bhdlg. der, Lenzmann 408.
Geschlechtsorgane. Riesenwuchs m. Atrophie der, Brind 442.
Geschwür s. Unterschenkelgeschwür.
Geschwülste. Ätiologie u. Diagnose der bösartigen, Weichselbaum 332.
— Bhdlg. der, Simon 223.
— Radiotherapie der bösartigen, Kienböck 399.
— Radiumtherapie bösartiger, Schlesinger 334.
Geschwülste. Strahlentherapie der, Keetmann 333.
— s. Xanthomathöse G., Blasen-, Harnblasengeschwülste, Samenstrang, Gewächs, Neugebilde, Tumor.
Gesicht s. Akne, Aktinomykose, Angiom, Karzinom, Ödema.
Gewächs d. Blasengrundes. Diathermie b. malignem, Iredell u. Thompson 486.
— d. Harnblase. Weiches, Ballenger u. Elder 526.
— s. Geschwülste, Neugebilde, Tumor, Hautgewächs.
Gilchristsche Krankheit u. Hefeinfektionen in Europa, Stein 265.
Glans penis s. Lichen planus.
Glossitis exfoliativa zu tun? Hat der Schnuller etwas mit, Wodak 256.
Gonargin, Marcus 73.
Gonokokkenabszeß am l. Oberarm, Reenstierna 265.
Gonokokkenvakzine. Rückfall einer akuten Blennorrhoe n. Injekt. von, Mason 272.
Gonokokkie d. bd. Geschlechter. Polyvalente Diplokokkenvakzine bei, Pérez-Grande 30.
*Gonorrhoe. Ammoniumpersulfat bei, Schumacher 169.
— Chron. Prostatitis infolge, Hoffmann 508.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Tripper, Urethritis.
Granuloma fungoides, Wohl 328.
Greisenalters u. d. Karzinoms. Wesen des, Gilford 355.
Gundu in Neuguinea, Wick 379.

Haarbildung. Dissoziation in der, Sicard u. Reilly 430.
Haarsubstanz. Übergang v. Hg in die, Strzyzowski 384.
Hämaturie, Wettstein 161.
— deh. Blasenvarizen, Dialti 487.
Hämorrhoiden. Therapie der, Seemann 405.
Hämorrhoidalleidens. Therapie des, Jüngerich 405.
Hand s. Ekzem, Krebs, Lupus papillomatosus, Sklerodermie.
Handteller s. Keratoma.
Harnantiseptikum. Neues, Rankin 458.
Harnapparates. Ungewöhnl. Tbc. des, Israel 446.
Harnblase. Divertikel der, Lower 526.
— u. Versorgg. d. Ureteren. Totalexstirpation der, Cohn 511.
— Weiches Gewächs der, Ballenger u. Elder 526.

Digitized by Google

Harnblase. Malakoplakie der, Wetzel 510.
— d. Weibes. Seltener Parasit der, Bauereisen 482.
— s. auch Blase.
Harnblasenemphysem, Nowicki 488.
Harnblasengeschwülste, Hilsmann 484.
Harnblasenruptur. Subkutane, Doberauer 511.
— Traumatische, Torre 512.
— Spontane, Moser 512.
Harnblasenrupturen. Pathologische, Block 511.
Harnblasenspalte. Heilung der angeborenen Harnröhren- und, Dünkeloh 487.
Harnleiden. Aufenthaltsort und, Grünschild 525.
Harnorgane. Röntgenuntersuchung der, Cohn 443.
Harnröhre u. d. Blasengrundes m. Metallkatheter u. Radiographie. Messung u. Projektion d. hinteren Teiles der, Pedersen u. Darling 463.
— Fremdkörper in der, Portner 466.
Harnröhrenentzündungen b. akuter Tonsillitis. Nichtspezifische, Hagin 185.
Harnröhrenkarunkel. Hochfrequenzkautherisation der, Wiener 465.
Harnröhrenkonkrement. Ungewöhnl. großes, Walker 466.
Harnröhrenruptur. Bhdlg. der traumatischen, Cumston 469.
— Ableitg. d. Urins unter d. Schambogen bei, Carlier u. Gérard 469.
Harnröhrensonden. Empfehlung gerader, Ross 271.
Harnröhrenspalte. Heilg. der angeborenen Harnblasen- und, Dünkeloh 487.
Harnröhrenstriktur. Bhdlg. der, Morison 466.
— d. P. prost. urethrae. Kongenitale, Jordan 467.
Harnröhrenstrikturen d. Mannes, Mc Carthy 183.
— Moderne Technik bei, Chetwood 467.
Harnröhrensymptome dch. e. Mastdarmpolypen. Prostata- und, Pedersen 442.
Harnröhrenverletzungen, Morison 466.
Harnsteine. Organ. Gerüst der, Pfister 457.
Harnsteinen. Röntgenstrahlen b. d. Diagnose von, Tyler 273.
Harnstoffsekretionskonstante 566.
Harnwege. Wichtigkeit v. Pankreaserkrankungen in der Chirurgie der, Frank 372.
— Myiasis der, King 527.
— Angeborene Mißbildgn. d. Nieren und, Motzfeldt 592.
Harnwegen. Hyperämiebhdlg. b. entzündl. infiltrativen Erkrankungsprozessen in den, Frank 447.
Hausinfektionen. Bekämpfung der, Lippmann 320.
Hautangiosarkome b. e. Kamerunneger. Multiple, Hallenberger 335.
Hautatrophie. Idiopathische, Irvine 423.
— Ätiologie der idiopathischen, Oppenheim 423.
Hautblastomykose, Dalla Favera 213, Kehl 322.
— in Wien, Oppenheim 321.
Hautdegeneration s. Kolloide H.
Hautdesinfektion m. Sterolin bzw. Jod-Sterolin, Frank 144.
Hautdiphtherie. Ungewöhnliche, Knowles u. Frescoln 324.
Hautepitheliome. Diagnostik der Varietäten der, Peyri 402.
— m. Einzel- oder Massivdosen. Radiumtherapie der, Clark 402.
— dch. Sonnenlicht geheilt, Seelye 354.
Hautepitheliomen. Äthylchlorid bei, Seidelin 353.
Hautepithelioms. Rolle d. Lichtes i. d. Ätiologie des, Dubreuilh 354.
Hautgewächsen. Krebsige Prozesse an benignen, Sutton 377.
Hautkrankheiten s. Lehrbuch, Ergebnisse.
— f. d. Krieg. Bedeutg. der, Pinkus 167.
— im Kriege. Geschlechts- und, Blumenfeld 208.
— — — Weidenfeld u. Pulay 471.
Hautkrebses. Röntgenbhdlg. des, Nordentoft 401.
— m. Salizylsäure. Heilung des, Weinbrenner 376.
Hautleiomyome. Multiple, Abramson 380.
Hautleishmaniose. Komplementablenkung bei, Pavone 321.
— in Unteritalien. Schleimhaut- und, La Cava 321.
Hautleukämie, Marini 264.
Hautpigmentation b. Basedow, Sainton 396.
Hautreaktionen. Pruritus und, Brocq 425.
Hautsarkomatose. Multiple idiopathische, Azúa 336.
Hautsporotrichose, Ragusin u. Barilatti 222, Segrè 370.
Hauttransplantate. Günstiger Einfluß der Röntgenstrahlen auf, Quintarelli 501.
Hauttuberkulose im Kindesalter. Akute disseminierte, Bruusgaard 73.
— Aurum-Kal. cyanat. bei, Aja 217.

Digitized by Google

Hauttumoren. Bhdlg. der malignen, Sequeira 399.
Hautxanthom. Schnen- und, Hoessli 383.
Hefeinfektionen in Europa. Gilchristsche Krankheit und, Stein 265.
Heilkunde. Spekulation u. Mystik in der, Müller 525.
Herpes progenitalis b. Manne, Aronstam 270.
— tonsurans. Therapie des, Thedering 298.
— — d. Fingernägel. Favus und, Foster 299.
Herpetische Stomatitis dch. Pneumokokken, Weill u. Dufourt 278.
Hetralin b. Infekt. d. Urogenitalapparates, Drucker 458.
Hexal, Schnizer 458.
Hirsutismus 440.
Hochfrequenzkautherisation d. Harnröhrenkarunkel, Wiener 465.
Hochfrequenzströme b. Blasenneubildungen, Pedersen 484, Renner 485.
— geheilt. Morphoea durch, Peyri u. San Ricart 423.
— b. prostatischer Obstruktion, Bugbee 583.
Hoden. Einwirkg. des Jods auf die, Majerus 543.
— u. Prostata. Wechselbeziehgn. zwischen, Hada u. Götzl 564.
Hodens. Operat. Bhdlg. des Leisten-, Hanusa 544.
— Bhdlg. des retinierten, Corner 545.
— Transplantation des, Lespinasse 545.
— n. Entferng. d. Tunica vagin. u. albuginea. Schicksal des, Hanaoka 545.
Hodeneinklemmung, Flesch 544.
Hodenneuralgie, Luce 546.
Hodentuberkulose, Goodman 546, Pedersen 546.
Hodenveränderungen b. akut. u. chron. Infektionskrankheiten d. Kindesalters, Faragó 543.
Hodgkinsche Krankheit 264.
*Höllensteins. Wirkung des, Unna 20, 46.
Holzphlegmone des Halses, Parker 330.
Homosexualität. Gerichtl. Medizin und, Näcke 440.
Hydroa vacciniforme, Alderson 384.
Hydronephrose. Kenntnis u. Therapie der, Simon 29.
Hydrozele. Karbolinjektionen bei, Herbst 549.
Hygiene d. Haut u. behaarten Kopfhaut i. d. Schule, Uriburu 222.
Hyperämiebehandlung 447.
Hyperkeratose. Röntgenstrahlen bei, Scaduto 255.
— a. d. Haut e. Mammakarzinoms, Radvánszky 357.
Hypernephrom. Vorzeitiges Wachstum d. äußeren Genitalien infolge, Jump, Beates u. Babcock 441, Baldwin 525.
Hypertrichosis b. Frauen, Claiborne 431.
— Röntgenstrahlen bei, Chilaiditi 431.
Hysterische Dermatose, Rasch 418.

Ichthyosis simplex et nitida, Riecke 395.
Impetigo staphylogenes m. bes. Lokalisation, Šrámek 277.
— Bhdlg. der, Aja 503.
Impotenz. Bhdlg. der sexuellen, Lissmann 527.
Infektionskrankheiten d. Kindesalters. Hodenveränderungen. b. akuten u. chronischen, Faragó 543.
Innersekretorischen Organe. Mangelhafte Funktion der, Starkey 271.
Insolation, Dubreuilh 223.
Intravesikale Verwendg. v. Radium b. Karzinom, Schoenenberger u. Schapira 486.

*Eduard Jacobi †, Taege 158.
Jerichobeule. Neuartige Parasitenbefunde bei der, Huntemüller 322.
Jods auf die Hoden. Einwirkg. des, Majerus 543.
Joddämpfe b. Zystitis, Pascual 470.
Jodtinktur b. Erysipel, Parisi 329.
Jodtinkturdesinfektion, Heinemann 528.

Kadogel 252.
Kälte b. Erysipel, Nyström 329.
Kalomel. Netzhautblutungen nach Salvarsan-, Morpurgo 228.
Kalziumlaktat b. gew. Dermatosen, White 579.
Kaninchen. Mäusekarzinomimpfungen auf, Apolant u. Bierbaum 356.
Kankroid aus angeborener Anlage, Heusner 355.
— d. behaarten Kopfhaut, eine Zystis sebacea vortäuschend, Zannini 439.
Karbunkel. Wasserdampf bei, Gucciardello 303.
Karzinom. Gesichts-, Maxson 357.
— Hyperkeratose a. d. Haut e. Mamma-, Radvánszky 357.
— d. Mamma. Ekzem bei, Dietrich 402.
— Kolloidales Kupfer b. menschlichem, Weil 376.

Digitized by Google

Karzinom. Rademanit bei, Schueller 375.
— u. Sarkom. Radium bei, Abbé 375.
— Intravesikale Verwendg. von Radium bei, Schoenenberger u. Schapira 486.
— s. Nävo-, Nebenhoden-, Röntgen-, Strahlen-, Zungenkarzinom, Krebs.
Karzinomimpfungen auf Kaninchen. Mäuse-, Apolant u. Bierbaum 356.
Karzinomzellen. Wirkg. der Röntgenstrahlen auf, Ritter u. Lewandowsky 359.
Karzinosis. Wesen des Greisenalters u. der, Gilford 355.
— Pathologie der, Crow 358.
Kasuistik. Dermatologische, Alderson 384.
Kasuistische Mitteilgn. a. d. Praxis, Petzoldt 304.
Katheter, Portner 463.
Keloid s. Narbenkeloid.
Keratoma hereditarium palmare et plantare, Sederholm 78.
Keratosis pilaris, Riecke 395.
Kindesalter s. Alopezie, Ekzem, Enuresis, Erythema mycoticum, Hauttuberkulose, Infektionskrankheiten, Neurodermitis, Orchiepididymitis, Phimose.
Knorpelzysten der Ohrmuschel, Junkel 380.
Kohlensäureschnee bei Hautkrankheiten, Haslund 72.
Kollargol. Argyrie nach, Crispin 428.
Kollikulitis, Li Virghi 83.
Kolloidaler Form. Wirkg. einiger Heilmittel in, Strandberg 79.
Kolloide Degeneration d. Haut, Hartzell 579.
Kolloidmilium, Hartzell 579.
Kombustin, Schauer 296.
Komplementablenkung b. Hautleishmaniose, Pavone 321.
Kondylomen. Zelleinschlüsse bei spitzen, Fiori 378, 379.
Konstante. Ambardsche, 83, 566.
Kopfes b. Erwachsenen. Ringwurm d. behaarten, Rothwell 580.
Kopfhaut. Enzephaloide, Jonquières 221.
— i. d. Schule. Hygiene d. Haut u. d. behaarten, Uriburu 222.
— Neue Bhdlgsmethode der Trichophytie der, Foley 298.
— d. Erwachsenen. Phthirius pubis a. d. behaarten, Brault u. Montpellier 430.
— eine Zystis sebacea vortäuschend. Kankroid d. behaarten, Zannini 439.
— Radium b. Papillom d. behaarten, Azúa 504.
Kosmetischer Hautleiden. Bhdlg., Jessner 373
Krätze. Ristin bei, Treitel 429.
— Sulfidal bei, Odstrčil 428.
— s. Skabies.
Krebs. Akanthosis nigricans mit Pulmonal-, Petrini 266.
— als Spätfolge e. Kriegswunde? Hand-, Coenen 401.
— Analyse d. Wirkg. radioaktiver Substanzen auf Mäuse-, Wassermann 356.
— Radium- und Röntgenbhdlg. beim, Levin 374.
— Radium und, Riehl 374 (Bis).
— Radium bei, Dieffenbach 375.
— Grenzen der Radiumtherapie f. d. tiefliegenden, Bayet 376.
— s. Arsenik-, Haut-, Paget-, Paraffin-, Prostata-, Schornsteinfegerkrebs, Karzinom.
Krebse. Schweißdrüsenzysten der Brustdrüse u. deren, Krompecher 357.
Krebses. Heilung u. Verhütung des, Schürer v. Waldheim 356.
— Teer- u. Petroleumprodukte als Ursachen d. chron. Reizung u. des, Davis 401.
Krebsige Prozesse an benignen Hautgewächsen, Sutton 377.
Krebsausbreitung. Intraepidermoidale, Zieler 402.
Krebsgeschwulst dch. Atoxyl u. Strahlentherapie. Scheinbarer Erfolg. b. einer, Blumenthal 360.
Krebsstudien. Diagnostische u. therapeutische, Stammler 355.
Kriegswunde? Handkrebs als Spätfolge einer, Coenen 401.
Kryptorchismus. Operationsmethode bei, Thompson 544.
*Kuhhaare. Fremdkörpertumor b. e. Melker durch, Lauener 529, 556.
Kupfer b. menschl. Karzinom. Kolloidales, Weil 376.

Larva migrans 221.
Läusen. Befreiung der Truppen von Kleider-, Glingar 430.
Laussicheres Übergewand, M. u. R. Grassberger 430.
Lehrbuch d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten, Riecke 30.
Leiomyom s. Hautleiomyom.
*Leipziger Hautklinik. Statistik der Skabies in der, Wilke 281, 310, 344.
Leishmaniose s. Hautleishmaniose.
Lentigo. Histolog. Studie einer, Du Bois 267.

Digitized by Google

Lepra der Bibel, Dubreuilh u. Barques 419.
— im Deutschen Reiche 1914, 488.
— in Tunis, Eichmüller 419.
— Tabes infolge, Petzoldt 304.
— Prophylaxe der, Malbran 222.
— Mikroorganismus der, Reenstierna 73.
Leproms a. e. niederen Affen, Übertragg. eines, Verrotti 214.
Leprosorium f. Amerika. Nationales, 168.
Lesbische Liebe b. d. Indianern Nordamerikas, Mc Murtrie 161.
Leukämie s. Haut-, Pseudoleukämie.
*Leukoderma psoriaticum. Einfluß d. Lichts auf das, Buschke 489.
Leukodermien u. Melanodermien. Professionelle, Vignolo-Lutati 213.
Leukoplakie. Dekortikation d. Zunge wegen, Schwarz 335.
Lichen, Moberg 78.
— pilaris, Riecke 395 (Bis).
— planus, Walsh 277.
— — d. Glans penis. Röntgenstrahlen bei, Wise 277.
— ruber planus. Seltene Form von, Cattle 277.
— — framboesiformis, Lipschütz 421.
— scrophulosorum 81.
— — u. Parapsoriasis lichenoides, Nicolas, Massia, Gaté u. Pillon 277.
— Wilson resistent gg. Arsen. Zizinärer, Covisa 504.
Licht s. Sonnenlicht.
Lichts i. d. Ätiologie d. Hautepithelioms. Rolle des, Dubreuilh 354.
*— a. d. Leukoderma psoriaticum. Einfluß des, Buschke 489.
Lichtreaktion d. menschl. Haut. Einfluß experim. veränderter örtlicher Bedingungen auf die, Sobotka 419.
Lid s. Angiom, Epitheliom.
Lipomatose. Multiple symmetrische, Simon 380.
Lippen s. Epitheliom, Lupus erythem.
Lokalanästhesie i. d. Urologie, Carraro 446.
Lumbalpunktion. Plötzl. Tod n. einer, Vedel, Roger u. Blouquier 407.
Lupus. Sukzess. Schübe v. lichenoiden Tuberkuliden b. m. Tuberkulin behandeltem, Aja 81.
— erythematosus. Epitheliom i. e. alten, Schaumann 73.
— — b. e. 4j. Kinde, Strandberg 75.
— — an bd. Lippen, Moberg 77
— — Klin. Beziehgn. des, Meachen 423.
— — d. Mundschleimhaut, Aja 502.
— — generalisatus teleangiectaticus, Azúa 505.
Lupus erythematosus. Aurum-Kalium cyanat. bei, Aja 371, Azúa 371.
— — Röntgenstrahlen ohne Erfolg bei, Moberg 78.
— — -Typus. Tuberkulide vom, Müllern-Aspegren 77.
— papillomatosus vegetans d. Hände, Regidor 503.
— pernio, Schaumann 73.
— tuberculosus. Modifik. d. Payrschen Operation bei, Aja 218.
— — Aurum-Kalium cyanat. bei, Azúa 371.
— — Finsentherapie bei, Azúa 504.
Lupösen Granuloms a. d. Knorpelgewebe. Einwirkung des Ruggiero 501.
Lymphadenomatosis cutanea aleucaemica, Ragusin 221.
Lymphangitis postdysenterica. Elefantiasis nach, Marcovici 440.
Lymphosarkom d. Halses, Bégouin 403.
Lytinol s. Urethritis.

Maculae caeruleae, Riecke 395.
— — deh. Pulex irritans, Sommer u. Gréco 220.
Mädchenschutzhaus in Berlin, Graziella-Schneid Huber 458.
Maismehl i. d. Pellagragebieten 208.
Makrocheilie, Sluys 379.
Malakoplakie der Harnblase, Wetzel 510.
Malaria m. Erbsyphilis. Chronische, Campana 215, 502.
— Hauterscheinungen, bes. Ekthyma, bei, Chimisso 330.
Malleus s. Rotz.
Maul- u. Klauenseuche verdächtiger Fall. Ein auf, Whitby 277.
Meerschweinchenserums. Eigenlösende Eigenschaften des, 54.
Meiostagminreaktion, Arzt u. Zarzycki 378.
Melanodermien. Professionelle Leukodermien und, Vignolo-Lutati 213.
Melanome, Hoda 397.
*Melker deh. Kuhhaare. Fremdkörpertumor bei einem, Lauener 529, 556.
Merkuriell s. Nephritis, Scheidengangrän, Stomatitis.
Mesothoriumbestrahlung in der Urologie. Technik der Radium-, Schüller 446.
Methylenblausilber 325.
Mikrosporon furfur. Kulturmedien für, Zappalà 215.
Milzbrand. Pyozyanein bei, Brelet 302.
— Salvarsan bei, Buberl 302.
Mohrrübenfärbung, Möinichen 428.
Molluscum contagiosum. Ätiologie des, Lipschütz 396.
Monilethrix, Azúa 82.

Digitized by Google

Monosporosis, Radaeli 298.
— alba et M. nigra, Pepere 298.
— nigra et M. alba, Pepere 298.
Morphoea deh. Hochfrequenzströme geheilt, Peyri u. San Ricart 423.
Mund s. Lupus erythem., Ulcera neurotica.
Mundaphthen als Krankheit d. Wasserm. Gruppe. Rezidivierende, Aja 81.
— Neosalvarsan bei rezidivierenden, Aja 81.
Myiasis der Harnwege, King 527.
— cutanea b. Menschen, Porta 499.
— linearis 221.
Mykose (Chalarose). Neue menschliche, Roger, Sartory u. Ménard 279.
Mykosis fungoides, Marini 264.
— — Diskussion über, 79.
— — (?). Prämykotisches Stadium von, Afzelius 77.
Myriapodismus, Sommer u. Gréco 220.
Myzetoma pedis m. schwarzen Körnern, Pepere 322.

Nachbehandlung nach chirurg. Eingriffen, Behrend 127.
Nävokarzinome, Darier 358.
Naevus anaemicus, Almkvist 74, Bruner 421.
Nävi, Brabec 438.
— Eigentümliche, Almkvist 74.
*Nävusartige Erkrankung am Oberschenkel, Fischer 65.
Nagel s. Favus, Herpes tonsurans.
Nägel. Patholog. Veränderg. der, Ross 510.
Narbe s. Blasennarbe.
Narbenbehandlung m. multiplen Inzisionen u. Thiosinamin, Tubby 381.
Narbenkeloiden. Skarifikationen u. Radiotherapie b. voluminösen, Gallois u. Japiot 381.
Nase s. Epitheliom.
Nebenhoden. Auffällige Befunde b. experim. Studien an, Kyrle u. Schopper 547.
Nebenhodenkarzinom. Primäres, Sakaguchi 548.
Nebenhodentuberkulose. Bhdlg. der, Anschütz 547.
— Röntgenbhdlg. bei, Friedländer 548.
Neger s. Framboësie, Hautangiosarkom, Tabes (Syphilis, I, J.).
Negern Amerikas. Hautkrankheiten bei den, Hazen 580.
*Nekrolog für Eduard Jacobi, Taege 158.
*— — Sophus Engelsted, Rille 366.
*— — Alfred Fournier, Petrini 368.

Neosalvarsan.

(Siehe auch Syphilis I, L.)

I. Allgemeines.

Neosalvarsan. Arsen i. d. Spinalflüssigkeit n. intraven. Anwendg. von, Engman, Buhman, Gorham u. Davis 64.

II. Therapie.

Neosalvarsan b. Augenkranken, Mohr 230.
— b. rezidiv. Mundaphthen, Aja 81.
— u. Salvarsan b. Tbc., Jeanselme, Vernes u. Bloch 229.

III. Dosierung und Technik.

Neosalvarsan im Eigenserum. Lösung des, Spicthoff 245.
— Gabengröße des, Neumayer 246.
— u. Salvarsan. Leichte Methode d. intraven. Anwendg. von, Ballenger u. Elder 207.
— — — Intraven. Injekt. von, Miller 207.
Neosalvarsaninjektionen. Intravenöse, Aja 218.
— Technik der intravenösen, Azúa 522.
— Neues Verfahren der intravenösen, Alexandrescu-Dersca 246.
— Konzentrierte, Kerl 231, Frühwald 243, Girsdansky 246.
— im Kindesalter. Epifasziale, Kern 247.
— Intramuskuläre, Kersten 245.
— Subarachnoidale zerebrale, Sicard 246.
— Intrarachidische, Jeanselme, Vernes u. Bloch 246, Lortat-Jakob 246.
Neosalvarsantherapie. Technik der endolumbalen, Schubert 246.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Neosalvarsan. Akute Enzephalitis nach, Agustina 523.
— Todesfall nach, Neumayer 247.
— u. Salvarsan. Nekrose n. intramuskul. Injekt. von, Robertson 226.

Nephrektomie. Rolle der Reservekraft der Niere nach der, Mikhaïlow 372.
Nephritis. Erysipelas kontra, Glaser 328.
— Syphilis nervosa u. therapeut. merkurielle, Aja 503.
Neubildungen. Bestrahlungs- u. chirurg. Bhdlg. maligner, Freund 333.
— Radium b. malignen, Knox 334.
— s. Blasenneubildungen. Geschwülste, Gewächse, Tumoren.

Digitized by Google

Neugeborenen s. Desquamation, Polyp.
Neurodermitis im Kindesalter. Ekzem und, Lehnert 250.
Neurofibrom. Plexiformes, Rutherfurd 382.
Neurofibromatose, Lier 381.
— Universelle, Elliott u. Beifeld 398.
Neurotisch s. Ulzera.
Niere u. Blase. Rückenmarkslokalisationen i. d. Pathologie der, Strominger 83.
— n. d. Nephrektomie. Rolle der Reservekraft der, Mikhaïlow 372.
— Erkrankgn. der, Portner 588.
Nieren. Wirkg. des Yohimbin a. die, Christeller 264.
— u. Harnwege. Angeborene Mißbildgn. der, Motzfeldt 592.
Nierenfunktion. Wert d. Ambardschen Konstante als Indikator f. d. physiologische, Choltzoff 83.
— m. Bestimmg. d. Ausscheidg. innerlich gegebenen Harnstoffs. Prüfung der, McCaskey 591.
Nierenfunktionsprüfung. Klin. Bedeutg. d. neueren Methoden der, Bauer u. Nyiri 457.
Nierenkrankheiten. Funktionelle Diagnostik der, Janowsky 591.
Nierentuberkulose im Beginne. Diagnose u. Bhdlg. d. Blasen- und, Wildbolz 84.
— Formen der chronischen, Hallé 372.
Nierenverletzungen, Bloch 159.
Noma auf den Philippinen, Reyes 331.
— Operativ geheilte, Bergmann 331.
*Nosokomialgangrän, Trendelenburg 385.

Ödem. Akutes exsudatives, Martinotti 370.
— b. einigen Dermopathien. Experim. Stase u. experimentelles, Delzotti 501.
Oedema perstans faciei, Sandman 78.
Ohr s. Knorpelzysten.
Onychia punctata 75.
Onychogryphosis, Strandberg 421.
Onychomykosis favosa, Strandberg 75.
Orchiepididymitis d. Kinder, Comin 547.
— dch. B. coli communis, Bonner 547.
Oroyafieber u. Verruca peruviana. Ätiologie von, Strong 322.

Pagetsche Erkrankung a. Anus u. Genitale, Kren 334.
— — d. Brustwarze, Bender u. Vaudescal 334.
— — a. d. Wange, Polland 264.
Pagetkrebs, Zieler 402.
— Beginnender, Dietrich 402.
Papillom d. behaarten Kopfhaut. Radium bei, Azua 504.
Paradidymitis erotica acuta, Heller 549.
Paraffinkrebs, Davis 401.
Parapsoriasis. Pilocarpicum hydrochlor. bei, Herxheimer u. Köster 276.
— lichenoides. Lichen scrophulosorum und, Nicolas, Massia, Gaté u. Pillon 277.
Paraurethralganges. Isolierte Blennorrhoe eines, Marcus 73.
Pasten v. Dohi u. Joseph i. d. Dermatologie, Aja u. Forns 522.
Pediculi capitis. Phthiriasis pubis durch, Sommer u. Greco 220.
Pedikulosis. Prophylaxe der, Weidenfeld u. Pulay 430.
Pelade s. Pseudopelade.
Pellagra in Nordamerika 40.
— Forschungsinstitut für, 40.
*— Experim. Btrg. z. Ätiologie der, Rühl 113, 151, 176.
Pellagragebieten. Maismehl in den, 208.
Pellagrakongreß in Verona. Internationaler, 528.
Pemphigus foliaceus, Marcus 74, Schalek 278.
— vegetans, Kissmeyer 418, Frühwald 437.
Pemphigusblasen. Diplococcus lanceolatus in, Busson, Kirschbaum u. Staniek 278.
Penis. Rattenbiß in den, Scharffenberg 461.
— b. Typhus. Erkrankgn. des, Orsós 462.
— s. Elefantiasis.
Penisspaltung. Vollkommene, Trenkler 462.
Penistumor. Ungewöhnlicher, Konjetzny 461.
Penistumoren, Heigel 461.
Penisverdoppelung, Lionti 462.
Perionychie b. Gemüseschälern. Professionelle, Peyri 217.
Perubalsam. Generalisierte akute Dermatitis durch, Riecke 395.
Phagedänisch s. Schanker.
Phimose u. akute Blennorrhoe. Kongenitale, Riecke 394.
— im Kindesalter. Bhdlg. der, Rominger 460.
— Therapie der, Loewe 460.
— Operation der, Pagenstecher 461.
— Lokalanästhesie b. Operation der, Saissi 461.
Phlebitis zoniformis ectatica, Vörner 265.
Phlebogene Schmerzen, Edinger 404.
Phlegmone s. Gas-, Holzphlegmone.
Photographien v. Hautkrankheiten. Farbige, Rille 232.

Digitized by Google

Phthirius pubis a. d. behaarten Kopfhaut des Erwachsenen, Brault u. Montpellier 430.
Phthiriasis pubis dch. Pediculi capitis, Sommer u. Greco 220.
Physikalische Bhdlgsmethoden gebessert. Skleroma respiratorium durch, Mestscherski u. Grintschar 327.
Pigmentation s. Hautpigmentation.
Pigmentierung der Schleimhaut. Physiologische, Bonnet 396.
Pilorum monileformis. Aplasia, 82.
Pilz s. Fadenpilz.
Pilzerkrankung d. Haut inf. wollener Unterwäsche, Isaac 300.
*Pituitrin. Empfindlichkeit d. Haut für Adrenalin und, Josefson 413.
Pityriasis rosea m. Entstellung d. Finger, Erlichówna 255.
Plasmomyelom d. Haut, Kreibich 335.
Polizeipflegerin. Tätigkeit der, Stemmler 458.
Pollutionen. Endoskop. Bhdlg. v. nächtlichen, Randall 541.
Polylymphomatosen. Fibro-epitheloide, Marini 264.
Polyp b. e. Neugeborenen. Zystischer, Hilsmann 484.
Praecocitas adrenalis 525.
*Präkanzerösen Wucherungen. Btrg. z. Kenntnis der, Trýb 553.
Prämykotisches Stadium von Mykosis fungoides (?), Afzelius 77.
Professionell s. Leukodermien, Melanodermien, Perionychie. Beruf.
Prostata. Wechselbeziehgn. zw. Hoden und, Hada u. Götzl 564.
— Pathologie der, Smith 565.
— Bimanuelle Untersuchg. der, Haberland 565.
— Bakterienflora der normalen, Unterberg 566.
— Zystenbildg. in der, Scheide 581.
Prostataadenom, Beer 581.
Prostataaffektionen im Anfangsstadium. Diagnose u. Bhdlg. der bösartigen, Kümmel 581.
Prostataatrophie, Müller 567.
— Stenosierende, Dabs 567.
Prostatafunktion u. Bhdlg. der Prostatahypertrophie dch. indirekte Bestrahlung, Jakobsohn 583.
Prostatahypertrophie, Praetorius 483.
— Bhdlg. der, Adler 584.
— dch. indirekte Bestrahlung. Prostatafunktion u. Bhdlg. der, Jakobsohn 583.
— Radiotherapie bei, Haret 583, Rosti 584.
— Operative Bhdlg. der, Wildbolz 585.
— Radikale Heilg. der, Monzardo 585.
Prostatahypertrophie. Totale Prostataentfernung bei, Grinenko 587.
— Prostatektomie n. Wilms bei, Kulenkampf 585.
— Bottini bei, M. u. A. Bernay 584, Perrier 584.
Prostatakonkremente, Suter 30.
Prostatakrebs, McGrath 581, Freyer 582.
— Entfernung von, Howard 582.
Prostatasymptome dch. e. Mastdarmpolypen. Harnröhren- und, Pedersen 442.
Prostatatuberkulose, Götzl 582.
— Hämatogene, Simmonds 582.
Prostatatumoren. Radium bei, Degrais u. Pasteau 580.
Prostatektomie, Herescu 586.
— Bestes Alter zur, Legueu 586.
— Epididymitis bei, Lockwood 507.
— b. Prostatahypertrophie. Totale, Grinenko 587.
— n. Wilms b. Prostatahypertrophie, Kulenkampf 585.
— Nachbhdlg. der, Bisselick 588.
— Kombinierte Methode der, Thomas 587.
— Perineale, Lick 586.
— Suprapubische, Smith 587, Negrete 588.
— Technik der suprapubischen, Jenkel 587, Schloffer 587.
— Methode z. Bekämpfg. d. postoperat. Hämorrhagie bei suprapubischer, Keyes 588.
Prostatiker. Abderhaldensche Reakt. im Blute der, Colombino 565.
Prostatikern. Nutzen der Anwendg. der Harnstoffsekretionskonstante bei, Legueu 566.
Prostatischen Urinretention. Mechanismus der, Keyes 566.
Prostatischer Obstruktion. Hochfrequenzentladung bei, Bugbee 583.
Prostatitis inf. Gonorrhoe. Chronische, Hoffmann 508.
— Physikal. Bhdlg. der, Bieck 583.
— u. Periprostatitis chronica. Radiotherapie bei, Rosti 584.
Prostituierten. Heilbarkeit d. Blennorrhoe bei, Schlasberg 73.
— Rektalblennorrhoe bei, Schmidt 78.
— Moderne Untersuchg. der, Dreuw 161.
— Ärztl. Fürsorge d. jugendlichen, Bendig 298.
— Vorgeschichte u. Charakteristik der, Neisser 458.
Prostitution u. Geschlechtskrankheiten, Gimenez 221.
— d. jugendl. Mädchen. Ursachen u. Bekämpfg. der, Rupprecht 297.

Digitized by Google

Protoplasmafasern b. Epitheliom, Arnold 353.
Prurigo. Besniers, Rasch 72.
Pruritus u. Hautreaktionen, Brocq 425.
— d. Tabiker, Cordier u. Crémieu 427.
— Diagnose u. Bhdlg. des, Dyer 426.
— Radiotherapie b. postekzematösem, Ratera 82.
— ani. Hartnäckiger, Cunningham 427.
— — Bhdlg. des, Waelsch 427.
— — Chirurg. Bhdlg. des inveterierten, Géry 427.
— cutaneus. Ungt. Allantoin comp. bei, Bäumer 427.
— vulvae. Radium bei, Vignolo-Lutati 371.
Pseudarrhenie 441.
Pseudoelefantiasis, Howle 328.
Pseudohermaphroditismus femininus externus, Benda 441, Fraenckel 441.
— masculinus externus, Allmann 441.
Pseudoleukämie der Haut, Hammacher 417.
Pseudopelade Brocq 422.
Pseudoxanthoma elasticum, Rygier 383.
Psoriasis? 75.
— Dermatitis desquamat. maligna u. sept. Agentien, Zappalà 370.
— linguae. Doppeltes Zungenkarzinom bei, Borchard 276.
— Tuberkulose und, Warnecke 276.
— Ätiologie der, Jaerisch 256.
— Symptome, Diagnose u. Therapie der, Gougerot 256.
— Cholin bei, Ritter 256.
— m. Enesol geheilt, Cebrián 523.
Psoriatikerhaut. Wirkung einiger Essenzen a. die, Uncini 215.
Psorospermosis follicularis vegetans 214, 334.
Pulex irritans. Maculae caeruleae durch, Sommer u. Greco 220.
Purpura m. Gangrän. Primäre infektiöse, Covisa 504.
— annularis teleangiectodes, Copelli 500.
Pyodermitis chronica papillomatosa vegetans, Ledo 81.

Quecksilber. Intoleranz gegen, Vázquez 524.
Quecksilbers m. d. Fäzes. Ausscheidung des, Almkvist 78.
— Sonderbare therapeut. Wirkungslosigkeit des, Castorina 138.
Quecksilberbehandlung der Spirillosen, Launoy u. Levaditi 138.

Rademanit b. Karzinom, Schueller 375.
Radioaktiver Substanzen auf Mäusekrebs. Analyse der Wirkung, Wassermann 356.
Radioepilation der Kinderköpfe, Meyer u. Ritter 299.
Radiographie. Messung u. Projektion d. hint. Teiles d. Harnröhre u. des Blasengrundes m. Metallkatheter und, Pedersen u. Darling 463.
Radiotherapie d. Alopecia totalis, Thedering 422.
— d. bösartigen Geschwülste, Kienböck 399.
— u. Skarifikationen b. voluminösen Narbenkeloiden, Gallios u. Japiot 381.
— b. Prostatahypertrophie, Haret 583, Rosti 584.
— b. Prostatitis u. Periprostatitis chronica, Rosti 584.
— b. postekzematösem Pruritus, Ratera 82.
Radium, Nordentoft 373.
— b. malignen Neubildungen, Knox 334, Sparmann 375.
— auf Blasenneubildungen. Instrument z. Applikation von, Ayres 486.
— geheilt. Epitheliom mit, Covisa 217.
— b. Nasenepitheliom, Nogier 354.
— b. Karzinom u. Sarkom, Abbé 375.
— — — Intravesikale Verwendg. von, Schoenenberger u. Schapira 486.
— u. Krebs, Riehl 374 (Bis).
— b. Krebs, Dieffenbach 375.
— b. Papillom d. behaarten Kopfhaut, Azúa 504.
— b. Prostatatumoren, Degrais u. Pasteau 580.
— b. Pruritus vulvae, Vignolo-Lutati 371.
— b. Tumoren, Pellizzari 375.
Radiumbehandlung von Hautkrankheiten, Schaumann 73.
— bösartiger Geschwülste, Schlesinger 334.
— b. Krebs. Röntgen- und, Levin 374.
Radiumbestrahlung i. d. Urologie. Technik der Mesothorium-, Schüller 446.
Radiumemanation b. Ulcus cruris chronicum, Saphier 406.
Radiumtherapie f. d. tiefliegenden Krebs. Grenzen der, Bayet 376.
— d. Hautepitheliome m. Einzel- oder Massivdosen, Clark 402.
— i. d. Urologie, Schüller 447.
Rattenbiß in den Penis, Scharffenberg 461.
Recklinghausensche Krankheit 398, Rebattu u. Martin 382.
Recklinghausenschen Krankheit. „Formes frustes" der, Bertein 382.
Rektalblennorrhoe b. Prostituierten, Schmidt 78.
*Resorzinvergiftung b. äußerl. Anwendung. Tödliche, Boeck 449.

Digitized by Google

Rhinophyma. Dekortikation bei, Heineck 326.
— Elektrolyse bei, Bordier 326 (Bis).
Rhinosklerom, Richards 327.
— Mit Vakzine erfolglos bhdlter., dch. physikal. Methoden gebesserter Fall von, Mestscherski u. Grintschar 327.
— Salvarsan beim, Kaempfer 327.
Riesenwuchs m. Atrophie der Geschlechtsorgane, Brind 442.
Ringwurm d. behaarten Kopfes b. Erwachsenen, Rothwell 580.
Ristin 429.
Röntgenbehandlung. Resultate der, Nordentoft 373.
— des Ekzems, Ritter 253, Fisher 254.
— d. chron. Ekzems, Thedering 254.
— b. Krebs. Radium- und, Levin 374.
— d. Hautkrebses, Nordentoft 401.
— b. Nebenhodentuberkulose, Friedländer 548.
Röntgenkarzinom, Bichler 359.
Röntgenlehre. Handbuch der, Gocht 242.
Röntgenstrahlen im Gewebe. Die Absorption der β-, γ- und, Keetmann 333.
— b. Akromegalie, Gunsett 379.
— b. Aktinomykose, Sardemann 327.
— b. Bubo, Wittig 325.
— b. Ekzem d. Hände, Wise 255.
— b. d. Diagnose von Harnsteinen, Tyler 273.
— auf Hauttransplantate. Günstiger Einfluß der, Quintarelli 501.
— b. Hyperkeratose, Scaduto 255.
— b. Hypertrichosis, Chilaiditi 431.
— ohne Schädigung d. Haut. Dauernde Epilation durch, Chilaiditi 432.
— auf Karzinomzellen. Wirkung der, Ritter u. Lewandowsky 359.
— b. Lichen planus d. Glans penis, Wise 277.
— ohne Erfolg b. Lupus erythematosus, Moberg 78.
— b. Trichophytie, Emays-Jones 299.
Röntgentherapie, Schmidt 186.
Röntgenuntersuchung der Harnorgane, Cohn 443.
Röntgenologische u. zystoskop. Befunde b. erwachsenen Enuresis nocturna-Kranken, Trembur 444.
Rotz, Woodward u. Clarke 248.
— Diagnose u. Therapie des, Noniewicz 248.

Säuglingsalter s. Furunkulose.

Salvarsan.

(Siehe auch Syphilis I. L.)

I. Allgemeines.

Salvarsan. Abhandlungen über, Ehrlich 31.
— u. Charlatanerie, Bancalari 222.
— in England. Herstellung von, 472.
— Urinbefunde nach, Klein 185.
— vor 3½ Jahren. Arsenausscheidg. im Harne nach einmalig. subkut. Einverleibg. von 0,4 Alt-, Kyrle 166.
— i. d. Blutbahn n. intraven. Injektion. Verweilen des, Treupel 417.
*— z. Silbereiweißpräparaten usw. Verhalten des, Schumacher 257.
— Toxizität des, Alter 228.

II. Therapie.

Salvarsan b. Framboësie, Cockin 323.
— b. Milzbrand, Brelet 302.
— b. Rhinosklerom, Kaempfer 327.
— prophylakt. b. weichem Schanker, Hoffmann 325, Müller 325.
— b. Ulcus molle, Hoffmann 264.
— b. merkur. Stomatitis, Almkvist 39.
— u. Neosalv. bei Tbc., Jeanselme, Vernes u. Bloch 229.

III. Dosierung und Technik.

Salvarsaninjektion. Intravenöse od. intramuskuläre, Schindler 224.
Salvarsan u. Neosalvarsan. Leichte Methode d. intraven. Anwendg. von, Ballenger u. Elder 207.
— — — Intraven. Inj. von, Miller 207.
Salvarsaninjektionen. Neues Verfahren der intravenösen, Alexandrescu-Dersca 208.
— i. d. Zentralnervensystem. Klin. u. experim. Erfahrgn. bei, Weygandt, Jakob u. Kafka 224.
Salvarsanbehandlung. Technik der endolumbalen, Gennerich 225.
Salvarsanserum, Stühmer 225, 226.
— Intralumbale Injekt. von, Spencer 225.
Tägeschen Sterilisierungsmethode usw. Zuverlässigkeit der, Löffler 418.
Wasserfehler 418, Matzenauer u. Hesse 226.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Salvarsanschäden, Schmitt 228.
Salvarsan. Toxizität des, Alter 228.
— Hirndruckerhöhung b. Lues nach, Spiethoff 227.

Digitized by Google

Salvarsan u. Neosalvarsan. Nekrose n. intramusk. Injektionen von, Robertson 226.
— Netzhautblutungen nach Kalomel-, Morpurgo 228.
— Überleitungsstörung nach, Fuchs 227.
Salvarsantod, Schindler 224.
Salvarsantodesfalles. Pathogenese eines, Wechselmann 229.
Salvarsantodesfälle. Ursachen der, Schmitt 228.
Wasserfehler 418, Matzenauer u. Hesse 226.

Samenblasen. Bau der menschlichen, Seifert 543, Picker 543.
Samenstranges. Diagnose der Geschwülste des, Hauck 542.
— bindegeweb. Ursprungs. Zysten des, Formiggini 542.
— Dermoide des, Monti 542.
Sarkoid. Boecksches, Sweitzer 335.
Sarkoide u. Syphilis, Pautrier 266.
— Subkutane, Volk 335.
Sarkoidgruppe. Notwendigkeit einer Revision der, Pautrier 266.
Sarkom. Radium b. Karzinom und, Abbé 375.
— s. Angiosarkom.
Sarkoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum, Almkvist 75, 77, Afzelius 77, Moberg 77.
— cutis 75.
Sarkomatose s. Hautsarkomatose.
Schanker. Salvarsan prophylaktisch bei weichem, Hoffmann 325, Müller 325.
— Operative Bhdlg. der iliakalen Drüsenentzdg. b. weichem, Gaymard 325.
— des Anus u. d. Interglutäalfurche. Phagedänische venerische, Forns 523.
— s. Ulcus molle.
Scheidengangrän. Merkurielle, 137.
Schieferanthrakosis, Riecke 395.
Schönheitsfehler 373.
Schornsteinfegerkrebs, Crow 358.
Schweißdrüsenadenome, Frattin 399.
Schweißdrüsenzysten der Brustdrüse u. deren Krebse, Krompecher 357.
Schweißgeruchs. Mittel z. Beseitigg. des, Kantorowitz 428.
Sectio alta u. ein neues Verfahren f. Blasennaht, Francisco 526.
Selen b. malignen Tumoren. Kolloides, Hölder 334.
Septische Agentien. Psoriasis, Dermatitis desquamat. maligna und, Zappalà 370.
Serotherapie der Blennorrhagie 82.
Sexualempfindung b. d. Frauen in Spanien. Perverse, McMurtry 272.
Sexuelle Anästhesie des Weibes, Sadger 525.
— Perversität usw., McMurtrie 507.
— Störgn. psychischer Natur, Wizel 84, 373.
*Silbereiweiß? Silbernitrat oder, Schumacher 13.
*Silbereiweißpräparaten usw. Verhalten des Salvarsans zu, Schumacher 257.
*Silbernitrat od. Silbereiweiß, Schumacher 13.
Skabies norvegica 221.
*— in d. Leipziger Hautklinik. Statistik der, Wilke 281, 310, 344.
— Skabiesebaga bei, Neugebauer 428.
— s. Krätze.
Skabiesebaga b. Skabies, Neugebauer 428.
Sklerodermie, Gilmour 423.
— en plaques, Strandberg 76.
— d. Hände. Ätiolog. Betrachtg. über, Grandjean 424.
Sklerodermia diffusa et circumscripta, Meirowsky 421.
— ulcerosa linearis, Ruete 421.
Skorpionidismus, Sommer u. Greco 220.
Skrotums dch. chem. Reizung m. Erysipel. Nekrose des, Zeher 505.
— Lymphableitung des, Kondoleon 527.
Skrotumoperationen. Transversale Inzision bei, Dorrance 527.
Soldatendermatosen, Fürth 550
Solifugidismus, Sommer u. Greco 220.
Sommereruption. Rezidivierende, 384.
Sonne. Künstliche Höhen-, Bach 524.
Sonnenlicht geheilt. Hautepitheliome durch, Seelye 354.
Spirillosen. Quecksilberbhdlg. der, Launoy u. Levaditi 138.
Spirochäten. Fortpflanzung von Bakterien, Spirillen und, Meirowsky 241.
Sporotrichose, Dermody u. Mc Martin 300.
— v. tuberkuloidem Typus, Ravogli 300.
— m. multipler Lokalisation. Dominguez 300.
— Experimentelle Knochen-, Bolognesi 300.
— s. Hautsporotrichose
Stein s. Blasen-, Harnstein.
Steinanurie, Praetorius 483.
Steinkohlenteer b. Ekzem, Plicque 252.
Sterilität. Freiwillige, Pirkner 271
— d. Mannes, Brodfeld 541.
Stomatitis. Salvarsan b. merkurieller, Almkvist 39.
— ulcerosa. Nekrose des Zahnfortsatzes des Unterkiefers nach, Hanusa 330.
— — Plaut-Vincentsche, Tièche 331.
— s. Herpetische St.
Strahlenkarzinom, Glaesmer 359.

Digitized by Google

Strahlentherapie der Geschwülste, Keetmann 333.
— maligner Neubildungen, Freund 333.
— Scheinb. Erfolg b. e. Krebsgeschwulst dch. Atoxyl und, Blumenthal 360.
Striae distensae et keloideae, Rosenthal 421.
— s. Wachstumsstriae.
Strichförmigen Dermatosen. Lokalisation d. akuten, Afzelius 72.
Striktur s. Harnröhrenstriktur.
Sulfidal 428.

Syphilis.

I. Erworbene Syphilis.

A. Allgemeiner Teil.

Alltäglicher Krankheiten Syphilit. Natur, Franceschini 369.
Amme mit multipl. syph. Schankern d. Brustwarze dch. e. Erbsyphilitischen, Artadi 253.
Extragenitale Syphilis.
Augenlid. Primäraffekt am unteren, Petzoldt 304.
Brustwarze. Syph. Schanker der, Artadi 523.
Konjunktiva bulbi. Syphilit. Schanker a. der, Mazo 217.
Nabels. Syphilit. Schanker des, Covisa 218.
Disposition zur Lues? Gibt es eine, Cohn 296.
Fieber. Syphilis-, Konrad 187.
Hygiene u. Syphilis, Bodin 88.
Jarisch-Herxheimersche Reaktion d. Gummata auf Salvarsan, Hitrowo 227.
— — — v. lymphangit. Typus, Dufour 227, Dufour u. Thiers 228.
Klinik der Syphilis im Lichte der Entdeckgn. des 20. Jh., Bloom 180.
*Latenter (erworb.) Syphilis m. negat. Wasserm. Reaktion. Infektiosität d. Blutes bei, Frühwald 513.
Latenzstadium. Wasserm. u. Noguchische Reakt. im, Mathieu, Weil u. Giroux 57, Mathieu u. Weil 58.
Malignen Syphilis. Bhdlgn. der, Morawetz 131.
Maligna praecox. Syphilis, Azúa 216.
Öffentlichen Gesundheit. Syphilis als Frage der, Nichols 384.
Prophylaxe d. Syphilis, Sommer u. Greco 222.
— m. d. Chininsalbe. Syphilis-, Schereschewsky 109.
— d. Syph. dch. Salvarsan, Jeanselme 189.
Reinfektion. Syphilitische, Covisa 219.
— b. e. tert. Syphilitiker, Azúa 81.
— n. Salvarsan, Müllern-Aspegren 76, Ravaut 206.
Rezidiv 3 Jahre nach scheinbar gelungener Abortivbehandlung, Boas 417.
Rezidive d. Syph. nach Arsenbhdlg., Audry 207.
Superinfektion b. e. Tertiärsyphilitischen, Forns 504.
Syphilisforschung a. d. Syph.-Bhdlg. in Badeorten. Einfluß der modernen, Touton 110.
Tertiären Syphilit. Reinfektion b. einem, Azúa 81.
Unschuldigen. Syphilis der, Gerber 420.

B. Ätiologie.

Leukozytozoon syphilidis, Peyri 82.
Treponema pallidum. Vitale Färbg. des, Anschütz 222.

C. Experimentelle Syphilis.

Experimenteller Syphilis. Gold bei, Truffi 135.
Kaninchen. Intradermoreakt. b. Lues dch. Extrakt aus skrotal. Syphilomen von, Trossarello 58.
Kaninchensyphilis. Generalisierte, Colombo 213.
— Hg. bei, Launoy u. Levaditi 138.

D. Diagnostik.

Abderhaldensche Technik b. d. Diagnose der Syphilis, Varney u. Morse 578.
Balanitis simplex e. Sklerose vortäuschend, Riecke 395.
Diagnose u. Therapie d. Syph. i. d. Hand d. prakt. Arztes, Wagner 88.
Dungernsche Reaktion. Wasserm. und, Balzarek 55.
Fällungsreaktion m. glykochols. Na. b. Zerebrospinalflüssigkeit, With 85.
Gerinnungshemmung dch. Luessera, Fränkel u. Thiele 86.
Hämolysinreaktion i. d. Spinalflüssigkeit, Weil-Kafkas, Boas 79.
Hermann-Perutzsche Reaktion, Giorgis 55, Kallos 55, Bang u. With 86.
— — u. Wasserm. Reaktion, Bräutigam 55.
Intradermoreaktion b. Lues dch. Extrakt aus skrotal Syphilomen v. Kaninchen, Trossarello 58.
Jodölreagens. Reaktion luet. Sera m. einem, Landau 53, Kissmeyer 56.
Karvonen. Konglutinationsreaktion von, Leschly u. Boas 55.

Digitized by Google

Kutireaktion b. Syphilis. Wolfsohn 60.
— d. Syphilis halten? Was soll man von der, Dubois 58.
— u. Wasserm. Reaktion, Müller u. Stein 57.
Liquordiagnostik d. Syphilis. Sero- und, Eicke 126.
Liquoruntersuchung f. d. Prognose v. isolierten syphilogenen Pupillenstörungen. Bedeutung der, Nonne 84.
Luetin-Reaktion, Noguchi 58, Nanu-Mascel, Alexandrescu-Dersca u. Friedmann 59, Mattirolo u. Botteselle 60, Wolfsohn 60, Gavini 60, Faginoli u. Fisichella 60, 63, Desneux 60, 63, Cedercreutz 62, Foster 62, Lagane 62, Grön 63, Clausz 87, Pusey u. Stillians 202, Perkel 418.
— — (Noguchi) u. Wasserm. Reakt. b. nicht floriden Syphilitikern, Mathieu, Weil u. Giroux 57, Mathieu u. Weil 58.
— — b. Paralytikern, Benedek 61 (Bis).
Pallidinreaktion. Technik der, Klausner 56.
Perutzsche Reaktion. Hermann-, Giorgis 55, Kallos 55, Bang u. With 86.
— — u. Wasserm. Reaktion. Hermann-, Bräutigam 55.
Präzipitationsmethoden. Serodiagnostik d. Syph. m. der, Porges 35.
Provokationsprobe b. Syphilis, Aja 219.
Reaktionskörpers i. d. Zerebrospinalflüssigkeit. Herkunft des luetischen, Spät 85.
Serodiagnostik d. Syphilis. Liquor- und, Eicke 126.
Sero-Enzym-Probe auf Syphilis, Baeslack 183.
Serum. Quantitat. Prüfung v. syphilitischem, Hopkins u. Zimmermann 87.
Treponemina 58.
Wassermannsche Reaktion, Thomas u. Ivy 35, Wesener 36, Massia 36, Mc Weeney 36, Sternberg 52, Mantovani 214.
— — absoluten Wert? Hat die positive, Nicolas u. Gaté 35.
— — unter d. geisteskranken Negern von Alabama, Ivey 39.
— — Kutireaktion und, Müller u. Stein 57.
— — u. Noguchi-Reakt. bei nicht floriden Syphilitikern, Mathieu, Weil u. Giroux 57, Mathieu u. Weil 58.
— — u. Hermann-Perutzsche Reaktion, Bräutigam 55.
— — m. bes. Berücksichtg. d. paradoxen Sera. Verfeinerte, Graetz 50.
Wassermannsche Reaktion. Leicht zu beschaffender Organextrakt für die, Bitter 53.
— — Antigene für die, Varney u. Baeslack 54.
— — Einfluß d. antisyph. Bhdlg. a. die, Moreau 37.
— — u. Therapie d. Syphilis, Hecht 37, Grosz u. Volk 87.
— — Mergal und, Gavini 142.
Wassermannschen Reaktion. Wesen der, Meyer 34.
— — Wirksame Körper bei der, Kragel 54.
— — Wert der Absorptionsmethoden b. der, Olmstead 53.
— — Reaktionsumschläge b. d. wiederholten, Seiffert u. Rasp 39.
— — Quellen v. Irrtümern bei der, Stone 52.
— — auszuschalten. Mittel um gewisse Störgn. bei der, Bettencourt 52.
— — dch. eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums. Fehlerquellen der, Rabinowitsch 54, Neue 54.
— — Quant. chem. Reaktion z. Kontrolle d. positiven, Kaplan u. Mc Clelland 52.
— — Große Serumdosen z. Verfeinerg. der, Ledermann 39.
— — Verschärfung der, Blumenthal 51.
— — Verbesserung d. Genauigkeit u. Empfindlichkeit der, Thiele u. Embleton 51 (Bis).
— — Rolle des Cholesterins in der, Louste 56.
— — Beziehgn. zw. Cholesterin und der, Carbono u. Nizzi 56.
— — Cholesterinextrakte bei der, Thomas u. Ivy 57.
— — Cholesterinalkohol- u. Lesserscher Ätherextrakt bei der, Orkin 57.
— — Cholesterinisiertes u. nichtcholesterinisiertes Antigen bei der, Judd 63.
— — Cholersterinantigene b. der, Hopkins u. Zimmermann 87.
— — Aktives Serum b. der, Mantovani 86.
— — Einfluß d. Temperatur a. d. Komplementbindg. bei der, Boas 76.
— — Einfache Modifikation der, Birt 54.
— — Vergleich der Dungernschen u. der, Balzarek 55.
— — f. d. Bhdlg. d. Syphilis. Bedeutg. d. quantitativen, Lesser 36.
— — b. überschener Syphilis. Diagnost. Wert der, Covisa 217.
— — f. d. Neurologie. Wert einiger Modifik. der, Sänger 56.

Digitized by Google

*Wassermannscher Reaktion. Infektiosität d. Blutes b. latenter (erworb.) Syph. mit negativer, Frühwald 513.

E. Syphilis der Eingeweide.

Blase. Syph. der, Lévy-Bing u. Duroeux 527.
Brustwarze. Syphil. Schanker der, Artadi 523.
*Gaumens. Ungewöhnl. schwere Syph. d. Nase u. des, Frühwald 1.
Harnröhre u. Blennorrhagie. Syphilit. Schanker der, Brault u. Montpellier 372.
Leukoplakia buccalis. Salvarsan bei, Baer 417.
Lunge. Syph. der, Covisa 81.
*Nase u. Gaumens. Ungewöhnl. schwere Syph. der, Frühwald 1.
Pharyngitis. Syphilitische, Dabney 185.
*Vagina. Primäraffekt in der, Nielsen 209.
Viszeraler Syphilis. Neosalvarsan bei, Holland 244.
Zahnausfall b. Syphilitischen. Spontaner, Karvonen 79.

F. Syphilis der Haut und deren Anhangsgebilde.

Alopezie. Varietät der syphilitischen, Baliña 221.
*Atrophia maculosa cutis luetica, Polland 193, *Nachtrag 353.
Dermatitis inf. syph. Sklerose d. Kapillaren. Chron. fibromatoide, Pili 501.
Follikuläres papulo-akneiformes Syphilid v. spinulösem Aussehen, Aja 523.
Gangrän d. Zehe inf. syphil. Endoarteriitis obliterans. Trockene, Grado 502.
— d. Fußes dch. syph. Arteriitis obliterans, Forns 502.
Gummata auf Salvarsan. Jarisch-Herxheimersche Reaktion der, Hitrowo 227.
*Hautgummata. In bzg. auf Sitz, Anzahl u. Volumen abnorme subkut. syphilitische, Fontana 145.
Melanodermia syphilitica. Pigmentsyphilid und, Covisa 502.
Nagelveränderungen bei Syphilis, Birger 75.
Onychia sicca luetica, Strandberg 75.
Pigmentsyphilid u. Melanodermia syphilitica, Covisa 502.
Sarkoide u. Syphilis, Pautrier 266.
Tubero-serpiginöses tert. Syphilid. Riecke 395.
Ulzeröser Syphilis. Neosalvarsan bei, Grado 523.
Ulzero-serpiginöses Syphilid gg. Neosalvarsan resistent, Baliña 221.

G. Syphilis des Blutes, des Blut- und Lymphgefäßsystems.

Adams-Stokesscher Symptomenkomplex syphilit. Ursprungs, Aja 505.
Arteriitis syph. cerebralis. Primäre Hemichorea infolge, Aja 82.
— obliterans. Gangrän des Fußes dch. syphilitische, Forns 502.
*Blutes b. latenter (erworb.) Syph. m. negativer Wasserm. Reaktion. Infektiosität des, Frühwald 513.
Endoarteriitis obliterans. Trockene Gangrän d. Zehe inf. syphilitischer, Grado 502.
Kapillaren. Chron. fibromatoide Dermatitis inf. syph. Sklerose der, Pili 501.
Kardiovaskulären Affektionen syphilit. Ursprungs. Salvarsan bei, Fulchiero 189.
Lymphangitischem Typus. Jarisch-Herxheimersche Reaktion von, Dufour 227, Dufour u. Thiers 228.
Myokarditis. Sekund. syphilitische. Covisa 503.

H. Syphilis der Gelenke, Knochen, Muskeln.

Knochensyphilis, Raices 221.
Myositis cystica syph. d. Masseters, Aja 504.

I. Syphilis des Nervensystems.

Durakonus dch. syph. meningo-medull. Verwachsung. Verlegung des, Launois, Troin u. Ledoux 86.
Gehirnsyphilis. Salvarsan bei, Collins 203.
Geisteskranken Negern v. Alabama. Die Wasserm. Reakt. unter den, Ivey 39.
Hemichorea inf. Arteriitis syph. cerebralis. Primäre, Aja 82.
Liquor cerebrospinalis b. Syphilis. Methode der Untersuchg. des, Dreyfus 85.
— — Massive Koagulation des, Launois, Troin u. Ledoux 86.
— — u. Syphilis, Dind 86.
— — b. juveniler Paralyse. Infektiosität des, Marinesco u. Minea 86.
— — Einfluß d. Salv.-Bhdlg. auf den, Dind 86.
Liquordiagnostik d. Syphilis. Sero- und, Eicke 126.
Liquoruntersuchung f. d. Prognose v. isolierten syphilogenen Pupillenstörungen. Bedeutung der, Nonne 84.
Nervensystem b. Sekundärsyphilis. Spinalflüssigkeit und, Wile u. Stokes 578.

Digitized by Google

Nervensystems. Bhdlg. d. Syph. des, Gurari 133, Sachs, Strauss u. Kaliski 133.
— Salv. bei Syph. des, Iwaschenzoff 188 (Bis).
Nervosa u. therapeut. merkur. Nephritis. Syphilis, Aja 503.
Paralyse. Syphilitische, Bloom 272.
— Infektiosität des Liquor cerebrospin. b. juveniler, Marinesco u. Minea 86.
— Salvarsan b. progressiver, Roecke 189, Janský 248.
— u. Tabes. Syphilitikerserum bei, Bériel 136.
Paralytikern. Luetinreaktion bei, Benedek 61 (Bis).
Pupillenstörungen. Bedeutg. d. Liquoruntersuchg. f. d. Prognose v. isolierten syphilogenen, Nonne 84.
Spinalflüssigkeit. Weil-Kafkas Hämolysinreaktion in der, Boas 79.
— u. Nervensystem b. d. Sekundärsyphilis, Wile u. Stokes 578.
Tabes inf. Lepra, Petzoldt 304.
— b. Negern, Petzoldt 304.
— Antisyphilit. Bhdlg. bei, Plicque 134.
— dorsalis. Salv. bei, Iwaschenzoff 188.
— u. Paralyse. Syphilitikerserum bei, Bériel 136.
Tabiker. Pruritus der, Cordier u. Crémieu 427.
Zentralnervensystems. Kombinierte Lokal- u. Allgemeinbhdlg. d. Syph. des, Swift u. Ellis 133.
— Salvarsanserum b. Syph. des, Ogilvie 247.
Zerebrospinaler Syphilis. Salvarsanserum bei, Gradwohl 188.
Zerebrospinalis. Bhdlg. der Syphilis, Davis 270.
Zerebrospinalflüssigkeit. Fällungsreaktion m. glykochols. Na. bei, With 85.
— Herkunft d. luet. Reaktionskörpers in der, Spät 85.
— b. Syphilis, Ellis u. Swift 63, Engman, Bulman, Gorham u. Davis 64.

K. Syphilis der Sinnesorgane.

Augenlid. Primäraffekt am unteren, Petzoldt 304.
Konjunktiva bulbi. Syph. Schanker a. der, Mazo 217.
Millard-Gublersches Symptom b. nervösem Syph.-Rezidiv, Covisa 82.

L. Behandlung der Syphilis.

Abortivbehandlung d. Syphilis, Zürn 127, Frühwald 128, Lier 128, Kerl 128, Lapowski 129, Blumenfeld 129, Saphier 129.
Abortivbehandlung d. Syphilis b. Militär, Odstrčil 129.
— Rezidiv 3 Jahre nach scheinbar gelungener, Boas 417.
— der Syph. m. Kontraluesin, Klausner 128.
— mit Salvarsan, Müllern-Aspegren 76, 205.
Äthylhydrokuprein 248.
Antiluetin, Tsuzuki, Ichibagasse, Hagashi u. Htano 136.
Anwendungsweise der Medikamente b. Syphilis. Wichtigkeit der Dosen und der, Brocq 110.
Argulan, Stanziale 142.
Arsen + Hg + Ca b. Syphilis, Dreuw 164.
Arsenbehandlung. Rezidive d. Syph. nach, Audry 207.
Arsenpräparat gg. Syphilis. Galyl ein, Troisfontaines 165.
Arsenpräparate. Syphilis und, Bukovský u. Fiala 164.
Arsenquecksilberpräparate. Neue, Herzfeld 144.
Arsentherapie in Lyon. Drei Jahre antisyphilitische, Nicolas u. Moutot 267.
— b. Syphilis, Abraham 165.
Aurumkalium cyanatum b. Lues, Grünberg 135, Azua 371.
Badeorten. Einfluß d. modernen Syph.-Forschung a. d. Syph.-Bhdlg. in, Torton 110.
Behandlung d. Syphilis, Kennard 130, Sibley u. Camb 505.
— — — Grundfragen bei der, Blaschko 109.
— Fortschritte der Syphilis-, Lesser 110, Citron 110, 111, Bering 111.
— Gegenwtg. Stand d. Syphilis-, Pick 111.
— d. frischen Syphilis. Moderne, Bodländer 130.
— d. Syph. i. d. Frühstadien, Gibbard u. Harrison 130.
— — — Früh-, Sachs 131.
— d. malignen Syphilis, Morawetz 131.
— d. Syph. i. d. Hand d. prakt. Arztes. Diagnose und, Wagner 88.
— — — im Royal Naval Hosp. z. Chatham, Scott 130.
— — — Bedeutung d. quant. Wasserm. Reaktion f. die, Lesser 36.
— — — Wasserm. Reakt. und, Hecht 37, Grosz u. Volk 87.
— a. d. Wasserm. Reaktion. Einfluß der antisyphilitischen, Moreau 37.
Benzoas hydrargyricus b. Syphilis. Supermaximale Injekt. von, Ehlers 76, 139.

Digitized by Google

Dosen u. Anwendungsweise d. Medikamente b. Syphilis. Wichtigkeit der, Brocq 110.
*Embarin, Lier 29, *Roth 69, Sowade 139, Gappisch 140, Salomonski 140, Planner 140, Kobligk 140, Polland 141, Balban 141.
*— in der Privatpraxis, Thümmel 293.
Emi-Kur, Engelbreth 142.
Fettsäurejodester b. Syphilis, Gerbay 136.
Fibrolysin als Unterstützungsmittel antiluet. Bhdlg., Hausmann 131.
Galyl b. Syphilis, Troisfontaines 165, Abraham 165, Covisa 216.
Gold b. experim. Syphilis, Truffi 135.
Hochgebirge. Therapie d. Lues m. Lungentbc. im, Philippi 132.
Hydrargyri. Pulvis fluens, 337.
Hyrgol 206.
Intrakranielle Eingriffe bei parenchymatöser Syphilis, Campbell 134.
Jodostarin b. Lues, Bäumer 136.
Ionisierungstherapie b. vener. Erkrankungen, Connell 134.
Kalzium + As + Hg b. Syphilis, Dreuw 164.
Kombinationstherapie b. Syphilis. Morgenrothsche, Starke 248.
Kontraluesin z. Abortivbhdlg. d. Syphilis, Klausner 128.
*— Prakt. Bedeutg. des, Scharff 233.
Lipojodin, Roth 135.
Mergal b. Syphilis, Peters 142, 256.
— u. Wasserm. Reaktion, Gavini 142.
Merjodin, Horn 142.
Merlusan, Roth 141.
Natrium salicylicum 248.
Neosalvarsan b. Syphilis, Heidingsfeld 230, Nixon 231, Camerano 243, Fabry 243, Guthrie 244, Riempst 231, Seger 244.
— in der Praxis, Breuil 244.
— am Harlem Hospital, Fox 244.
Neosalvarsan u. Hg bei Syphilis, Panoff 160.
— u. Salvarsan b. Syphilis, Wadhams u. Hill 229, Jeanselme, Vernes u. Bloch 229, Arcangeli 230, Heidingsfeld 268, Stimpson 506, Corlett 229, Rühl 230.
— resistent. Ulzero-serpigin. Syphilid gegen, Baliña 221.
— b. ulzeröser Syphilis, Grado 523.
— b. viszeraler Syphilis, Holland 244.
— Allgemeines, Therapie, Dosierung und Technik, Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen siehe Neosalvarsan I—IV.
Öl. Todesfall dch. graues, Covisa 522, Aja 522.
Präventive Bhdlg. wg. Syphilis, Sandman 76.
Quecksilber b. Syphilis, Haslund 76.
— — — Intravenöse Bhdlg. mit, Kingsbury u. Bechet 139.
— — — Innerl. Darreichung von, Horn 142.
— frühbehandelten Syphilisfälle. Weitere Mitteilg. üb. den Verlauf der mit, Scherber 138.
— Heilung e. Syphilit. durch, Clark 138.
— u. Salv. b. Syphilis, Mirgel 143, Panoff 160, Boas 163, Scholtz u. Riebes 163, Scholtz 163, 164, 273, Schreiber 163, Zeissl 164.
— — — — — Gebrauch u. Mißbrauch von, Burrows 143.
— u. Neosalvarsan b. Syphilis, Panoff 160.
— + As + Ca b. Syphilis, Dreuw 164.
— in die Haarsubstanz. Übergang von, Strzyzowski 384.
Quecksilberarsenpräparate. Neue, Herzfeld 144.
*Quecksilbergleitpuder als Ersatz d. grauen Hg-Salbe, Unna 337.
Quecksilber-Glidine, Horn 142.
Quecksilberinhalation b. Syphilis, Engelbreth 142.
Quecksilberkuren u. ihre Verhütung. Gefahren der, Wolffenstein 137.
Quecksilbernukleinsaures Na bei Syphilis, Almkvist 79.
Quecksilberoxyzyanat 206.
Quecksilberpräparate. Neuere lösliche, Glouk 139.
*Quecksilbersalbe. Quecksilbergleitpuder als Ersatz der grauen, Unna 337.
Quecksilbertherapie. Jetzg. Stand der, Joseph 137.
— b. Syphilis. Befürwortung intensiverer, Zigler 137.
— — — Erhöhung der Verträglichkeit u. d. Wirksamkeit der, Bouveyron 137.
Salvarsan b. Syphilis 248, Verzár 203, Neisser 204, Jeanselme 205, Berger 189, Morris u. McCormac 190, Wechselmann 190, Heidingsfeld 191.
Salvarsantherapie d. Syph. verhalten? Wie soll sich der prakt. Arzt zur, Jadassohn 165.
Salvarsan. Häßlicher Feldzug gegen, Duhot 165.
— Prophylaxe d. Syph. durch, Jeanselme 189.
— Abortivbhdlg. mit, Müllern-Aspegren 76, 205.
— Technik der Sterilisation d. Syph. durch, Leredde 187.

Digitized by Google

Salvarsan bei Syphilis. Dauererfolge mit Montmollin 191.
— Bhdlgserfolge nach, Gennerich 206.
Salvarsaninjektion geheilt. Syph. dch. eine, Wolbarst 190.
Salvarsan. Reinfektion nach, Müllern-Aspegren 76, Ravaut 206.
— Rezidive nach, Ravaut 206, Heidingsfeld 206.
— u. Neosalvarsan b. Syphilis, Wadhams u. Hill 229, Jeanselme, Vernes u. Bloch 229, Arcangeli 230, Heidingsfeld 268, Stimpson 506, Corlett 229, Rühl 230.
— — — — — Mirgel 143, Panoff 160, Boas 163, Scholtz u. Riebes 163, Scholtz 163, 164, 273, Schreiber 163, Zeissl 164.
— u. Hg b. Syphilis. Gebrauch u. Mißbrauch von, Burrows 143.
— Intraven. Inj. v. Sublimat, Hyrgol, Quecksilberoxyzyanat u. Sublamin b. Rückfällen nach, Heidingsfeld 206.
— b. chirurg. Syphilis, Iwaschtschenko u. Lange 189.
— Jarisch-Herxheimersche Reaktion der Gummata auf, Hitrowo 227.
— b. kardiovaskul. Affekt. syph. Ursprungs, Fulchiero 189.
— b. Leukoplakia buccalis, Baer 417.
— b. Gehirnsyphilis, Collins 203.
— Hirndruckerhöhung b. Lues nach, Spiethoff 227.
— a. d. Liquor. Einfluß des, Dind 86.
— b. Syph. des Nervensystems, Iwaschenzoff 188 (Bis).
— b. progress. Paralyse, Roecke 189, Jansky 248.
— b. Tabes dorsalis, Iwaschenzoff 188.
Salvarsanserum b. zerebrospin. Syphilis, Gradwohl 188.
— b. Syph. d. Zentralnervensystems, Ogilvie 247.
Salvarsan: Allgemeines, Therapie, Dosierung und Technik, Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen siehe Salvarsan I—IV.
Schmierkur. Quecksilberresorption bei der, Boruttau 138.
Serum b. Tabes u. Paralyse. Syphilitiker-, Bériel 136.
Sublamin 206.
Sublimat 206.

II. Erbsyphilis.

Gummöse hered. Syph. a. e. Unterarm, Garibaldi 215.
Heredität u. kongenit. Syphilis. Syphilitische, Boardman 201.
Hereditaria tarda. Regionäre Syphilis, Aja 216.
Malaria m. Erbsyphilis. Chronische, Campana 215, 502.
Meningitis. Syphilis congenita mit, Almkvist 75.
Nodulogummosi wie polymorphe fibröse Hautknoten. Sifilodermi, Campana 215.
Profetasches Gesetz. Salv. und, Ravogli 166.
Salvarsan u. Profetasches Gesetz, Ravogli 166.
— a. kongenit. Syph. d. Fötus b. Bhdlg. d. Mutter. Klin. u. exper. Untersuchgn. üb. die Wirkg. des, Meyer 186.
— bhdlten. Luesfälle. Spät. Schicksal der im Kindesalter mit, Bókay 206.
Salvarsanbehandelte Mütter u. ihre Kinder, Wolf 167.
Salvarsanwirkung b. heredit. Syphilis. Wasserm. Reaktion u. therapeutische, Mensi 37.
Übertragung v. Syph. auf das Kind, 20 J. n. d. Infektion, Boas 76.
Wassermannsche Reaktion u. therap. Salvarsanwirkung b. hered. Syphilis, Mensi 37.
— — b. Neugeborenen u. Säuglingen, Roux 37.
— — u. Säuglingsfürsorge, Epstein 38.
— — b. d. Findelsäuglingen. Syphilis und, Rabinowitsch 38.
— — b. Kindern aus ärmeren Schichten, Elliott 38.

Syringadenoma papilliferum 65.
*Syringozystadenom. Fall von, Stümpke 362.

Tätowierungen, Grön 73.
— Entferng. von, Stern 428.
Talcum. Gebrauch von, Rille 360.
Taube s. Epithelioma contag.
Teer s. Steinkohlenteer.
Testis. Regenerationsvermögen des Rete, Kyrle 546.
*Thigan, ein neues Antigonorrhoikum, Chrzelitzer 305.
Thiosinamin 381.
Tierische Parasiten d. Menschen, Braun u. Seiffert 540.
Tierischen Parasiten. Abszeß dch. einen, Manthey 430.
*Tierhaut. Histopathologie der, Merian 409, 433, 454, 479, 493, 517.
Tinea tonsurans. Bhdlg. der, Foley 298.
— Afrikanische, Joeux 299.

Digitized by Google

Tona d. Pferde auf Samoa, Prowazek 304.
Tribadistischen Gattenmörderin. Psycholog. Studie an einer, Mc Murtrie 509.
Trichomykosis palmellina a. d. Philippinen. Ätiologie der, Schöbl 299.
Trichophytie. Immunität bei, Pecori 279.
— d. Kopfhaut. Neue Bhdlgsmethode der, Foley 298.
— Röntgenstrahlen bei, Emays-Jones 299.
Trichophytonpilze in Sassari, Barbaglia 370.
Trichotillomanie, Sutton 231.
Tripper, Orlowski 224.
— Verfügg. d. öst. Kriegsministeriums betreffs, 360.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Gonorrhoe, Urethritis.
Tropicali. Il medico a bordo e nei paesi tropicali, Ribolla 420.
Tuberkulide, Moberg 78.
— Papulonekrotische, Sederholm 77.
— teils v. Aknitis-, teils v. Lupus erythem.-Typus, Müllern-Aspegren 77.
— b. m. Tuberkulin bhdltm. Lupus. Sukzessive lichenoide, Aja 81.
Tuberkulin bhdltm. Lupus. Sukzessive lichenoide Tuberkulide bei mit, Aja 81.
— Salvarsan u. Neosalv. bei, Jeanselme, Vernes u. Bloch 229.
Tuberkulose u. Psoriasis, Warnecke 276.
— Aurum-Kalium cyanatum bei, Schumacher 416.
— s. Blasen-, Genital-, Haut-, Hoden-, Nebenhoden-, Nieren-, Prostatatuberkulose. Genitalorgane, Genitalsystem, Harnapparat, Urintrakt.
Tuberculosis verrucosa cutis. Ähnlichkeit von Blastomykose und, Irvine 271.
— papillomatosa et sclerosa des Zungenrückens, Azua 503.
Tuberkoloidem Typus. Sporotrichose von, Ravogli 300.
*Tumor der Genitalgegend. Monströser, Grisson u. Delbanco 89.
Tumoren d. Sakralgegend. Bösartige, Heusner 355.
— Radium bei, Pellizzari 375.
— — — malignen, Sparmann 375.
— Kolloidales Selen bei malignen, Hölder 334.
— s. Blasen-, Fremdkörper-, Haut-, Penis-, Prostatatumoren.
Typhus. Erkrankgn. des Penis bei, Orsós 462.
Typhusgangrän. Cholera- und, Welcker 321.
Ulcus cruris. Bhdlg. des chemischen, Speirs 405.
— — Modifikat. d. Unnaschen Zinkleimverbandes bei, Priester 406.
— — chronicum. Radiumemanation bei, Saphier 406.
— gangraenosum vulvae, Marcus 74.
— molle d. Urethra u. d. Zeigefingers 126.
— — Salvarsan bei, Hoffmann 264.
— rodens, Moberg 77.
— — Wesen des, Adamson 336.
— — m. ungewöhnl. Lokalisation, Mc Intyce 336.
— s. variköses Ulcus.
Ulcera mollia et non venerea. Vorübergehende positive Wasserm. Reakt. bei, Guttmann 417.
— neurotica oris, Marcus 74.
*Ulcus molle-Infektion. Extragenitale, Klausner 537.
— — -Lokalisationen. Seltene, Pawlow 126.
Ultraviolettreaktion 419.
Ungeziefers im Felde. Prophylaxe u. Vertreibung des, Herxheimer u. Nathan 471.
Unterschenkelgeschwüre. Bhdlg. der, Ravogli 406.
— Bhdlg. der Krampfadern und der, Nordmann 404.
Uranoblen 216.
Ureteren. Totalexstirpation d. Harnblase u. Versorgung der, Cohn 511.
Ureterkatheterismus b. Blasen-Prostata-Perinealfistel. Doppelter, Cifuentes 373.
Urethra, Spalding 161.
— u. d. Zeigefingers. Ulcus molle der, 126.
— duplex. Bhdlg. der Blennorrhoe der, Karvonen 73.
— prostatica. Zysten der, Underhill 465.
Urethrae. Bifurcatio, Rietz 464.
Urethrale Plastik. Experim. Untersuchgn. über, Pinardi 469.
Urethritis posterior blennorrhagica. Klin. Untersuchgn. über die, Castañs 218.
— Chronische, Likes u. Schoenrich 464.
— Bhdlg. der chronischen, Steiner 464.
— bacterica u. postblennorrhoica. Lytinol bei, Pakascher 465.
— pneumococcica. Chronische, Colombino 465.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Gonorrhoe, Tripper.
Urethroplastik m. Faszie, Silvestrini 469.
Urethroskop. Neues, MacGowan 443.

Digitized by Google

Urethroskopie b. chron. Blennorrhoe, Steiner 272.
Urethrotom. Neues, Bredin 468.
Urethrotomie. Retrourethrale zystoskop. Führg. b. d. äußeren, Sinclair 468.
Urins unter dem Schambogen b. Harnröhrenruptur. Ableitung des, Carlier u. Gérard 469.
Urinretention. Mechanismus der prostatischen, Keyes 566.
Urintraktes m. B. coli communis. Infektion des kindlichen, Thompson 445.
— Tbc. des, Evans 445.
Urinierens b. Frauen. Bedeutg. des häufigen, Peacock 162.
Urogenitaler Chirurgie. Heilg. d. verschied. Formen d. chron. Rheumatismus u. d. Arthritis deformans a. d. Wege, Fuller 407.
Urogenitalapparat s. Hetralin.
Urogenitalinfektion. Vakzineverwertg. bei, Barnett 274.
Urogenitalorganen. Neue diagnost. Methode z. Aufklärung v. Veränderg. a. d. weiblichen, Peterkin 507.
Urologie. Erfahrgn. aus der modernen, Kneise 443.
— v. s. d. Franzosen. Neue Btrge. zur, Zwick 506.
Urologische Mitteilungen, Mallory 508.
Urotropin i. d. Dermatologie, Sachs 459.
Urtikaria chronica, Sandman 78, Riecke 394.
— follicularis, Riecke 394.
— pigmentosa (abortiva), Marcus 74.

Vakzine v. Nicolle u. Blaizot 82.
— b. Komplikat. der Blennorrhoe, Seay 273.
— erfolglos b. Skleroma respiratorium, Mestscherski u. Grintschar 327.
— s. Diplokokken-, Gonokokkenvakzine.
Vakzinen b. Furunkulose. Auto-, Willmes 303.
Vakzineanwendung bei Blennorrhoe, Rost 416.
Vakzinetherapie d. chron. Furunkulose d. Haut, Messerschmidt 303.
Vakzineverwertung b. Urogenitalinfektion, Barnett 274.
Vakzinotherapie d. Blennorrhagie 82.
Varikozele. Neue Methode z. Operation der, Frank 543.
— Operat. Bhdlg. der, Istomin 549.
Varizen. Sapheno-femorale Anastomose bei, Hesse u. Schaack 404.
— b. varikös. Ulkus. Resektion der, Chazalnoel 405.
— s. Blasenvarizen.
Varikösen Ulzerationen. Käse bei, Williams 405.
— Ulkus dch. totale Resektion d. Varizen. Chirurg. Bhdlg. des, Chazalnoel 405.
Vas deferens. Anastomosierung des, Wheeler 542.
Vaselinoma scleroticum, Jacobi 421.
Venennaht. Pathol. Anatomie u. Histologie der, Hesse u. Schaack 404.
Venerischen Krankheiten ist leicht durchführbar. Anzeigepflicht bei, Merk 88.
— — Ionisierungstherapie bei, Connell 134.
— — in Australien. Prophylaxe der, Ham 297.
Vernix caseosa. Chem. Studium der, Jullien 268.
Verruca peruviana. Ätiologie von Oroyafieber und, Strong 322.
— — Histologie der, Rocha-Lima 323.
Verrucae planae, Riecke 394 (Bis).
Verumontanum. Radikalexstirpation des. Rytina 526.
Vulva s. Pruritus, Ulcus gangraenosum.

Wachstumsstriae, Riecke 394, 395 (Bis).
Warze. Überzählige, Riecke 394.
Wassermannsche Reaktion. Bleimeningitis und, Oettinger, Marie u. Baron 37.
— — b. Ulcera mollia et non venerea. Vorübergehende positive, Guttmann 417.
Wassermannschen Gruppe. Rezidivierende Mundaphthen als Krankheit der, Aja 81.
Weißfleckenkrankheit. Anormaler Fall von, Hazen 424.
— MacKee u. Wise 424, 579.
*Weizenstärke als Hautmittel u. ihr Ersatz, Unna 473.
Wollener Unterwäsche. Pilzerkrankg. d. Haut infolge, Isaac 300.

Xanthelasma, Policard u. Mangini 425.
Xanthelasmen. Lipoidinfiltration usw. und, Aschoff 383.
Xanthochromia palmo-plantaris b. Diabetes, Labbé 425.
Xanthoerythrodermia, Bering 420.
Xanthoms. Pathogenese des generalisierten, Sikemeier 382.
— s. Haut-, Pseudoxanthom.
Xanthomatöse Geschwülste, Arzt 398.
Xanthomzellen. Zytolog. u. histochem. Tatsachen über die, Policard u. Mangini 425.
Xeroderma pigmentosum, Moberg 78, Covisa 217. Nicolas, Massiá, Gaté u. Pillon 425.

Digitized by Google

Yohimbin a. d. Nieren. Wirkg. des, Christeller 264.

Zelleinschlüsse bei spitzen Kondylomen, Fiori 378, 379.
Zellteilung in kultivierter Haut u. Kornea, Kreibich 266.
Zellersche Pastenbehandlung, Lange 401.
Zinkleimverbandes b. Ulcus cruris. Modifik. des Unnaschen, Priester 406.
Zirkumzision als sanitäre Maßregel. Allgemein durchgeführte, Wolbarst 460.
Zonalismus, Vörner 265.
Zunge. Zirzinäre Eruption der, Alderson 384.
— s. Leukoplakie, Psoriasis, Tuberkulosis.
Zungenkarzinom b. Psoriasis linguae. Doppeltes, Borchard 276.
Zylindroma, Beurmann 420.
Zyste s. Dermoid-, Knorpel-, Schweißdrüsenzyste. Samenstrang.
Zysten d. Urethra prostatica, Underhill 465.
Zystis sebacea vortäuschend. Kankroid d. behaarten Kopfhaut eine, Zannini 439.
Zystenbildung in der Prostata m. epidermoidaler Auskleidung, Scheide 581.
Zystitis, Nelken 507.
— Bedeutg. d. häufigen Urinierens u. d. Tenesmus b. akuter, Heath 470.
— b. Weibe ist keine essentielle Erkrankung. Chronische, Smith 470.
— Bhdlg. d. chron. Koli-, Russ 471.
— Joddämpfe bei, Pascual 470.
Zystizerkus. Multipler, Müller 429.
Zystographie, Zuckerkandl 470.
Zystoskopie b. Blasenfisteln, Kubinyi 487.
Zystoskopische u. röntgenologische Befunde b. erwachsenen Enuresis nocturna-Kranken, Trembur 444.
Zystoskopischen Unterricht. Erleichterung f. den, Meyer 442.
Zystozyms. Chem. Natur des, Fränkel u. Thiele 86.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten.

Abbé, Robert, Die Anwendg. v. Radium b. Karzinom u. Sarkom 375.
Abraham, J. J., Arsentherapie b. Syphilis m. spez. Berücksichtgg. des „Galyl“ 165.
— P. S. 80.
Abramson, Über multiple Leiomyome der Haut 380.
Adamson, H. G., Über das Wesen des Ulcus rodens 336.
Adler, Arthur, Ein Vorschlag z. Bhdlg. der Prostatahypertrophie 584.
Afzelius (Stockholm), Zur Frage von der Lokalisation der akuten strichförmigen Dermatosen 72.
— Fall zur Diagnose 76.
— Fall von Sarcoma idiopathicum (Kaposi) 77.
— Prämykotisches Stadium von Mykosis fungoides 77.
Agustina, Ramiro González, Akute Enzephalitis nach Neosalvarsan 523.
de Aja, E. Alvarez Sáinz, Sukzessive Schübe von lichenoiden Tuberkuliden (Lichen scrophulosorum) im Verl. eines mit Tuberkulin behandelten Lupus 81.
— Die rezidivierenden Mundaphthen als eine Krankheit der Wasserm. Gruppe; ihre Bhdlg. m. Neosalvarsan 81.
— Üb. einen Fall von primärer Hemichorea inf. Arteriitis syph. cerebralis 82.
— Bemerkenswerter Fall von regionärer Syphilis hered. tarda 216.
— Innerl. Bhdlg. des Erysipels mit Ammoniumkarbonat 217.
— Bhdlg. der Hauttuberkulose m. Aurum-Kaliumcyanatum 217.
— Bhdlg. des Lupus tuberculosus m. e. Modifikation der Payrschen Operation 218.
de Aja, E. Alvarez Sáinz, Intravenöse Neosalvarsaninjektionen 218.
— Die Provokationsprobe b. Syphilis 219.
— Bhdlg. des Lupus erythematosus m. Aurum-Kalium cyanatum 371.
— Lupus erythematosus der Mundschleimhaut 502.
— Behandlung der Impetigo 503.
— Syphilis nervosa u. therapeut. merkurielle Nephritis 503.
— Myositis cystica syphilit. des Masseters 504.
— Adams-Stokesscher Symptomenkomplex syphilit. Ursprungs 505.
— Zwei Todesfälle dch. graues Öl 522.
— Ein Fall von follikulärem papuloakneiformem Syphilid von spinulösem Aussehen a. d. Halse u. dem Stamme 523.
— u. Forns y Contera, M., Die Pasten von Dohi u. Joseph in der Dermatologie 522.
Alderson, Harry E., Dermatologische Kasuistik 384.
Alexander, Robert M., Dermatitis exfoliativa b. e. Geisteskranken; tödl. Ende 255.
Alexandrescu-Dersca, C., Ein neues Verfahren d. intraven. Salvarsaninjektionen 208.
— Über ein neues Verfahren der intraven. Neosalvarsaninjektion 246.
— s. Nanu-Mascel.
Allmann (Hamburg), Pseudohermaphroditismus masculinus externus 441.
— s. Ritter.
Almkvist, Johan, Fall von eigentümlichen Nävi 74.
— Fall von Naevus anaemicus (Vörner) 74.
— Fall zur Diagnose 74.
— Fall von Dermatitis herpetiformis 74.

Digitized by Google

Almkvist, Johan, Fall von Syphilis congenita mit Meningitis 75
— Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum 75, 77.
— Von der Ausscheidung des Quecksilbers mit den Fäzes 78.
— Über die Anwendung v. Hg-nukleinsaurem Na bei Syphilis 79.
— Üb. die Bhdlg. der merkuriellen Stomatitis m. Salvarsan im Vergl. mit anderen Bhdlgs.-Methoden 39.
Alter (Lindenhaus), Zur Toxizität des Salvarsans 228.
Ammitzböll, J., Zur Bhdlg. des Erysipels 329.
Andersch, Eugen, Bauchdeckenfibrome d. Frau, Ätiologie, Diagnose, Prognose u. Therapie 382.
Anschütz, German, Vitale Färbung des Treponema pallidum; biologische Schlußfolgerungen 222.
— W., Üb. die Bhdlg. der Nebenhodentuberkulose 547.
Apolant, Hugo, u. Bierbaum, Über den Erfolg von Mäusekarzinomimpfungen auf Kaninchen 356; ferner 336.
Arcangeli, U., Salvarsan u. Neosalvarsan bei Lues 230.
Arneth, Über die Bhdlg. des Erysipels 328.
Arnold, George, Über Protoplasmafasern beim Epitheliom 353.
Aronstam, Noah E., Ein Btrg. zur Lehre vom Herpes progenitalis b. Manne 270.
Artadi, J., Eine Amme mit multiplen syphilitischen Schankern der Brustwarze dch. e. Erbsyphilitischen 523.
Arzt, Leopold, Zur Kenntnis der xanthomatösen Geschwülste 398.
— u. Zarzycki, St., Zur Meiostagminreaktion 378; ferner 40, 592.
Aschoff, A., Über die Lipoidinfiltration in den Kupfferschen Sternzellen u. in den Retikulumzellen der Milz, u. deren Beziehgn. z. d. Xanthelasmen 383.
Audry, Üb. die Rezidive der Syphilis nach Arsenbehandlung 207.
Ayres, Winfield, Ein Instrument z. direkten Applikation v. Radium auf Neubildungen der Blase 486.
de Azúa, Juan, Bhdlg. der akuten Blennorrhagie d. vord. Harnröhre 81.
— Reinfektion b. e. tertiären Syphilitiker m. positivem Wassermann 81.
— Monilethrix (Aplasia pilorum monileformis) 82.
— Syphilis maligna praecox 216.
de Azúa, Juan, Multiple idiopath. Hautsarkomatose 336.
— Bhdlg. des Lupus tuberculosus, Lupus erythematosus u. d. Syphilis mit Aurum-Kalium cyanatum 371.
— Tuberculosis papillomatosa et sclerosa des Zungenrückens 503.
— Lupus tuberculosus partim exedens, non ulcerosus d. r. Wange. Rasche Heilung dch. Finsentherapie 504.
— Adenophlegmone d. Submaxillargegend 504.
— Papillom d. behaarten Kopfhaut dch. Radium geheilt 504.
— Lupus erythematosus generalisatus, teleangiectaticus im Gesicht u. a. d. Kopfe 505.
— Technik der intravenösen Neosalvarsaninjektionen 522.

Babcock, W. W., s. Jump.
Bach, Hugo, Anleitung u. Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe: „Künstliche Höhensonne" 524.
Bachmann, Robert A., Wie schafft man die Geschlechtskrankheiten aus der Welt? 184.
Baer, Th., Die Leukoplakia buccalis, ihre Pathogenese u. Bhdlg. mit Salvarsan 417.
Baeslack, F. W., Über die Sero-Enzym-Probe auf Syphilis 183.
— s. Varney.
Bäumer (Berlin), Erfahrgn. mit Jodostarin „Roche" b. d. Bhdlg. der Syphilis 136.
— Z. Bhdlg. des Pruritus cutaneus mit Ungt. Allantoin. comp. (Antiprurit) 427.
Balban, Wilhelm, Zur Syphilisbhdlg. mit Embarin 141.
Baldwin, J. F., Praecocitas adrenalis, vorzeitige Entwicklung der äußeren Genitalien im Gefolge von Hypernephroma der Nebennierenrinde 525.
Baliña, Pedro L., Ulzero-serpiginöses Syphilid der Eichel, gg. 4,65 Neosalvarsan resistent, dch. Quecksilber und Jod geheilt 221.
— Beobachtg. u. Besprechg. einer Varietät der syphilit. Alopezie 221.
Ballenger, E. G., u. Elder, Omar F., Leichte Methode der intraven. Anwendg. v. Salvarsan u. Neosalvarsan 207.
— — Weiches Gewächs der Harnblase 526.
Balzarek, Alfred, Z. Kenntnis des diagnost. Wertes der v. Dungernschen Modifik. d. Wasserm. Reakt. im Ver-

Digitized by Google

gleich m. dem der Wasserm. Originalmethode 55.
Bancalari, Carlos Alberto, Salvarsan und Charlatanerie 222.
Bang, M. Henrik, u. With, M. Carl, Untersuchgn. üb. die Hermann-Perutzsche Präzipitinreaktion m. Natrium glycocholicum, spez. v. Standpunkt d. Syphilisdiagnose 86.
Bangs, Bolton, Besserung v. Blasennarben dch. Fulguration 488.
Barbaglia, Vittorio, Btrg. z. Studium der Acariasis felina b. Menschen 214.
— Die Trichophytonpilze in der Provinz Sassari 370.
Barillatti, Juan, s. Ragusin.
Barnett, Char. E., Die Frage der Vakzineverwertung b. Urogenitalinfektion 274.
Barney, J. Dellinger, s. Cabot.
Baron s. Oettinger.
Barques, A., s. Dubreuilh.
Bauer, Richard, u. von Nyiri, Wilhelm, Klin. Bedeutg. der neueren Methoden der Nierenfunktionsprüfung 457.
Bauereisen, A., Ein seltener Parasit der Harnblase des Weibes 482.
Bayet, A., Die Grenzen der Radiumtherapie f. den tiefliegenden Krebs nach dem heutigen Stande der Wissenschaft 376.
Beates, H., s. Jump.
Beattie, J. M., s. Nutt.
Bechet, Paul E., s. Kingsbury.
Beck, K., Neuere Btrge. z. Kenntnis des Erythema mycoticum infantile 301.
Beer, Edwin, Adenom der Prostata 581.
Bégouin (Bordeaux), Zwei Fälle von Lymphosarkom d. Halses 403.
Behrend, M., Die Nachbehandlung nach chirurg. Eingriffen 127.
Beifeld, A. F., s. Elliott.
Bellini, Angelo, Dyskeratoma naevicum (Psorospermosis follicularis vegetans Darier) 214.
Bellmann, Arno 40.
Benda, C., Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus (Pseudarrhenie) 441.
Bender u. Vaudescal, 3 Fälle von Pagetscher Krankheit der Brustwarze 334.
Bendig (Stuttgart), Zur ärztl. Fürsorge der jugendl. Prostituierten 298.
Benedek, L., Üb. Hautreaktionen mit Noguchis Luetin b. Paralytikern 61 (Bis).
Berger, F., Weitere statist. u. klin. Beobachtgn. i. d. Salvarsantherapie der Syphilis 189.
— Kombinierte Jodtinktur-Ichthyolbhdlg. der Furunkulose 303.
Berglund, V., Zur Bhdlg. des Erysipels 329.
Bergmann, Anton, Ein weiterer Fall operativ geheilter Noma 332.
Bériel (Lyon), Versuche der Tabes- u. Paralysebehandlung m. Injekt. v. Syphilitikerserum 136.
Bering, Fr., Üb. die Fortschritte i. d. Bhdlg. der Syphilis 111.
— Xanthoerythrodermia 420.
Bernay, A., s. Bernay, M.
— M., u. Bernay, A., Der Bottini in der Bhdlg. der Prostatahypertrophie 584.
Bertein, P., Btrg. z. Studium der „formes frustes" der Recklinghausenschen Krankheit 382.
Bettencourt, Nicol., Über ein Mittel, um gewisse Störgn. b. d. Wasserm. Reaktion auszuschalten. Die Absorption d. hämolyt. Ambozeptoren 52.
de Beurmann, Zylindroma 420.
Bichler, Hugo, Zur Kasuistik des Röntgenkarzinoms 359.
Bieck (Marburg), Die physikalische Bhdlg. der Vorsteherdrüsenentzündung 583.
Bierbaum (Frankfurt) s. Apolant.
Birger, Fall von Nagelveränderungen bei Syphilis 75.
Birt, C., Eine einfache Modifik. der Wasserm. Reaktion 54.
van Bisselick, J. W., Eine neue Methode z. Nachbhdlg. der Prostatektomie 588.
Bitter, L., Ein brauchbarer, leicht zu beschaffender Organextrakt zur Anstellung der Wasserm. Reaktion 53.
Blaschko, A., Üb. einige Grundfragen b. d. Bhdlg. der Syphilis 109; ferner 592.
Bloch, Iwan 432.
— Marcel, s. Jeanselme.
— Oscar E., Über Nierenverletzungen 159.
Block, Felix, Über pathologische Harnblasenrupturen 511.
Bloom, J. N., Die Klinik der Syphilis im Lichte der Entdeckungen des 20. Jahrhunderts 180.
— Bericht eines Falles von syphilit. Paralyse 272.
Blouquier de Claret s. Vedel.
Blum, Victor 144.
Blumenfeld, Anton, Üb. Haut- u. Geschlechtskrankheiten 208.
— Zur Abortivbhdlg. der Syphilis 129.

Digitized by Google

Blumenthal, Ferdinand, Scheinbarer Erfolg b. e. Krebsgeschwulst dch. Kombination d. Atoxyl- u. Strahlentherapie 360.
— Franz, Zur Frage der Verschärfung d. Wasserm. Reaktion 51.
Boardman, William P., Syphilitische Heredität u. kongenitale Syphilis 201.
Boas, Harald, Der Einfluß der Temperatur a. d. Komplementbindg. b. d. Wasserm. Reaktion 76.
— Ein Fall von Syphilis von der Mutter auf das Kind 20 Jahre n. d. Infektion übertragen 76.
— Weil-Kafkas Hämolysinreaktion i. d. Spinalflüssigkeit 79.
— Weitere Ergebnisse der Bhdlg. der Syphilis mit Salvarsan u. Quecksilber 163.
— Ein Fall von Rezidiv von Syphilis drei Jahre nach e. scheinbar gelungenen Abortivbhdlg. bei ganz frischer sekund. Syphilis 417.
— s. Leschly.
Bodin, E., Hygiene u. Syphilis 88.
Bodländer, Fritz, Z. Frage der modernen Bhdlg. d. frischen Syphilis 130.
*Boeck, C., Fall von tödlicher Resorzinvergiftung b. äußerl. Anwendg. des Mittels 449.
Boerner, Rudolf, u. Santos, Carlos, Üb. eine neue Art v. Elektroden z. Bhdlg. der Blennorrhoe mittels Diathermie 457.
Du Bois, Ch., Histologische Studie einer Lentigo 267.
Bókay, J., Über das spätere Schicksal der im Kindesalter mit Salvarsan behandelten Luesfälle 206.
Bolognesi, G., Experimentelle Knochensporotrichose 300.
Bonner, W. D., Akute, dch. den Bac. coli communis bedingte Epididymo-Orchitis 547.
Bonnet, L. M., Physiologische Pigmentierung der Schleimhaut 396.
Borchard, Doppeltes Zungenkarzinom b. Psoriasis linguae 276.
Bordier, H., Bhdlg. des Rhinophymas mit Elektrolyse 326 (Bis).
Boruttau, H., Zur Quecksilberresorption b. d. Schmierkur 138.
*Bosellini, P. L., Üb. einen Fall von Erythema induratum Bazin 41.
Botteselle, G., s. Mattirolo.
Bouveyron, Erhöhung der Verträglichkeit u. der Wirksamkeit der Quecksilberbhdlg. bei Syphilis 137.
Brabec, V., Zur Kasuistik der Nävi 438.
Bräutigam, Fr., Die Hermann-Perutzsche Reaktion im Vergleich zur Wassermannschen Reaktion 55.
Brault, J., Zwei Fälle von Epitheliom der Unterlippe b. eingeborenen Frauen 354.
— u. Montpellier, J., Syphilitischer Schanker der Harnröhre und Blennorrhagie 372.
— — Lokalisation des Phthirius pubis a. d. behaarten Kopfhaut des Erwachsenen 430.
Braun, Max, u. Seiffert, Otto, Die tierischen Parasiten des Menschen, die von ihnen hervorgerufenen Erkrankungen u. ihre Heilung 540.
Bredin, W. W., Ein neues Urethrotom 468.
Brelet, Bhdlg. des Milzbrandes mit Pyozyanein 302.
Breuil (Troyes), Neosalvarsan in der Praxis 244.
Brind, Z., Ein Fall von Riesenwuchs m. Atrophie der Geschlechtsorgane 442.
Brocq, L., Wichtigkeit der Dosen u. der Anwendungsweise der Medikamente b. Syphilis 110.
— Pruritus und Hautreaktionen 425.
Brodfeld, Eugen, Über Sterilität des Mannes 541.
Bruck, C., Zur Bekämpfg. der Geschlechtskrankheiten im Felde 408.
Bruner, Naevus anaemicus 421.
Brunner, Anton, Alkalisierung der Gewebe bei diabet. Furunkulose 424.
Bruusgaard, E., Von der akuten disseminierten Hauttuberkulose im Kindesalter 73.
Buberl, L., Zur Salvarsanbhdlg. des Milzbrandkarbunkels 302.
Bürger, Ludwig 40.
Bugbee, Henry G., Weitere Beobachtgn. üb. den Wert der Hochfrequenzentladung z. Besserg. prostatischer Obstruktion in ausgewählten Fällen 583.
Buhman, Rudolph, s. Engman.
Bukovsky, J., u. Fiala, K., Syphilis u. Arsenpräparate 164.
Bulyoloszky, J., u. Mattyasovszky, B., Die Anwendg. des Kadogels in der Therapie des Ekzems 252.
Burnier, R., Klinische Diagnose d. Alopezien b. Kinde 422.
Burrows, E. C., Gebrauch u. Mißbrauch von Salvarsan u. Quecksilber bei Syphilis 142.
*Buschke, A., Üb. den Einfluß d. Lichtes auf das Leukoderma psoriaticum 489.
—. Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Felde 528.

Digitized by Google

Busson, Kirschbaum u. Staniek, Üb. einen Befund von Diplococcus lanceolatus in Pemphigusblasen 278.

Cabot, Hugh, u. Barney, J. Dellinger, Die operative Bhdlg. der Genitaltuberkulose, deren Indikationen u. Technik 446.
Camb, B. C., s. Sibley.
Camerano, A., Btrg. z. Bhdlg. der Lues hauptsächlich mit Neosalvarsan 243.
Cammermeyer, Joh., Ein Fall von Dracunculosis medinensis 429.
Campana, Roberto, Sifilodermi nodulogummosi wie polymorphe fibröse Hautknoten 215.
— Üb. die Kombination von chron. Malaria m. Erbsyphilis bei Kindern 215.
— Nochmals die Erbsyphilis unter d. Bilde der Malaria 502.
Campbell, C. L., Ein Fall von Elefantiasis 509.
— H., Die Bhdlg. der parenchymatösen Syphilis mittels intrakranieller Eingriffe 134.
Carbono, D., u. Nizzi, F., Untersuchgn. üb. die Beziehgn. zw. d. Cholesterin u. der Wasserm. Reaktion 56.
Carlier, V., u. Gérard, Maurice, Die Ableitung des Urins unter dem Schambogen b. Rupturen der Harnröhre 469.
Carmichael, Norman S., Elefantiasis neuromatosa 439.
Carraro, Nicola, Tragbare Lichtquelle f. endoskop. Instrumente 39.
— Die Lokalanästhesie in der Urologie 446.
Castañs, E., Klin. Untersuchgn. üb. die Urethritis posterior blennorrhagica 218.
Castorina, R., Eine sonderbare therapeut. Wirkungslosigkeit des Quecksilbers 138.
Cattle, C. H., Eine seltene Form von Lichen ruber planus 277.
La Cava, Francesco, Über Häufigkeit, Verbreitg. u. Symptome der Leishmaniose d. Haut u. d. Schleimhäute in Unteritalien (äußerliche Leishmaniose) 321.
Cealic, M., Einige Fälle blennorrhagischer Komplikationen, erfolgreich mit Meningokokkenserum behandelt 373.
Cebrián, Duhringsche Dermatitis. Psoriasis mit Enesol geheilt 523.
Cederbaum, Leo, Zur Ätiologie u. Klinik der Dermoide u. kongenitalen Epidermoide 438.
Cedercreutz, Axel, Noguchis Luetinreaktion 62.
Champel, Dermoidzyste der Leistengegend 439.
Chazalnoel, Chirurg. Bhdlg. des varikösen Ulkus dch. totale Resektion der Varizen 405.
Chetwood, Charles H., Moderne Technik b. Harnröhrenstrikturen 467.
— Dränage der Blase nach suprapub. Operation 526.
Chilaiditi, D., Weitere Btrge. z. Bhdlg. der Hypertrichose m. Röntgenstrahlen 431.
— Dauernde Epilation dch. Röntgenstrahlen ohne Schädigung d. Haut 432.
Chimisso, L., Üb. die kutanen Erscheingn. bei Malaria, mit bes. Berücksichtgg. einer Form von Ekthyma 330.
Choltzoff, Wert der Ambardschen Konstante als Indikator f. d. physiologische Nierenfunktion 83.
Christeller, E., Üb. die Wirkung des Yohimbin-„Spiegel" a. d. Nieren 264.
*Chrzelitzer, W., Thigan, ein neues Antigonorrhoikum 305.
Cifuentes, P., Blasen-Prostata-Perinealfistel mit doppeltem Ureterenkatheterismus zwecks Urinderivation behandelt 373.
Citron, Julius, Die Fortschritte der Syphilistherapie 110, 111.
Claiborne, Herbert, Hypertrichosis b. Frauen 431.
Clark, A. Schuyler, Radiumtherapie der Hautepitheliome m. Einzel- oder Massivdosen 402.
— J. Bayard, Heilung eines Syphilitischen durch Quecksilber 138.
Clarke, K. B., s. Woodward.
Clausz, M., Diagnostische Versuche mit Luetin-Noguchi 87.
Cockin, R. P., Die Bhdlg. der Framboësie dch. die intramusk. Injekt. von Salvarsan 323.
Coenen, H., Handkrebs als Spätfolge einer Kriegswunde? 401.
Cohn, Max, Die Röntgenuntersuchung der Harnorgane 443.
— Paul, Gibt es eine Disposition zur Lues? 296.
— Salo, Zur Totalexstirpation der Harnblase u. Versorgung der Ureteren 511.
— Theodor 64.
Collins, Joseph, Salvarsan, eine wirksame Bhdlg. v. Gehirnsymptomen, die von Syphilis abhängen 203.
Colombino, S., Chronische Urethritis pneumococcica 465.
— Die Abderhaldensche Reaktion im Blute der Prostatiker 565.
Colombo, Gian Luigi, Generalisierte Kaninchensyphilis 213.

Digitized by Google

Comin, Jorge, Orchiepididymitis der Kinder 547.
Connell, R., Verwendung der Ionisierungstherapie b. d. Bhdlg. gewisser vener. Erkrankungen 134.
Copelli, Mario, Btrg. z. Kenntnis der Purpura annularis teleangiectodes (Majocchi) 500.
Cordier, V., u. Crémieu, R., Pruritus der Tabiker 427.
Corlett, William Thomas, Erfahrgn. mit Salvarsan u. Neosalvarsan in zweiundeinhalb Jahren 229.
Corner, E. M., Weitere Erfahrgn. in bezug a. d. Bhdlg. des retinierten Testikels 545.
Cornet, Georg 432.
Covisa, José S., Syphilis der Lunge 81.
— Nervöses Syphilisrezidiv. Millard-Gublersches Symptom 82.
— Bhdlg. der Syphilis mit Galyl 216.
— Diagnost. Wert der Wasserm. Reaktion b. übersehener Syphilis 217.
— Xeroderma pigmentosum. Epitheliom m. Radium geheilt 217.
— Syphilit. Schanker des Nabels 218.
— Reinfectio syphilitica 219.
— Aurum-Kalium cyanatum in der Dermatologie 371.
— Das sogenannte Pigmentsyphilid u. die Melanodermia syphilitica 502.
— Sekundäre syphilitische Myokarditis 503.
— Zirzinärer Lichen Wilson. Beträchtliche Resistenz gg. Arsentherapie 504.
— Primäre infektiöse Purpura mit Gangrän 504.
— Üb. einen Todesfall dch. graues Öl 522.
Crackett, Frank, Ein Brief aus London 510.
Crémieu, R., s. Cordier.
Crispin, Antonio M., Argyrie n. d. Gebrauch von Kollargol 428.
Crow, D. A., Ein Fall von Schornsteinfegerkrebs u. ein Erklärungsversuch zur Pathologie der Karzinosis 358.
Csillag, J., Ferrum sesquichloratum in der Therapie des subakuten u. chron. nässenden Ekzems 251.
Cumston, Charles Greene, Die Bhdlg. der traumatischen Harnröhrenruptur 469.
Cunningham, W. B., Hartnäckiger Pruritus ani 427.
v. Czyhlarz, Ernst, Üb. anämisches Erysipel 328.

Dabney, H. 182.
— Samuel G., Über syphilitische Pharyngitis unter Mitteilg. von zwei Fällen 185.
Dabs, J., Die stenosierende Atrophie der Prostata 567.
Darier, J., Über Nävokarzinome 358.
Darling, Byron C., s. Pedersen.
Davis, Benjamin Franklin, Paraffinkrebs; Teer- u. Petroleumprodukte als Ursachen d. chron. Reizung u. des Krebses 401.
— R. Hayes, Üb. die Bhdlg. der Syphilis cerebrospinalis 270.
— s. Engman.
Degrais u. Pasteau, Die Bhdlg. der Prostatatumoren dch. das Radium 580.
Delbanco, E., s. Grisson.
Delzotti, Michele, Experimentelle Stase u. experim. Ödem bei einigen Dermopathien 501.
Dermody, L. A. u. Mc Martin, C., Ein Fall von Sporotrichosis 300.
Desneux, J., Kutireaktion m. Luetin (Noguchi) bei Syphilis 60, 63.
Dialti, Giulio, Hämaturie dch. Blasenvarizen 487.
Dieffenbach, William H., Radium b. d. Bhdlg. des Krebses 375
Dietrich, A., Üb. beginnenden Paget-Krebs u. über Ekzem bei Karzinom der Mamma 402.
Dind, Liquor cerebrospinalis und Syphilis. Einfluß der Salvarsanbehandlung 86.
Doberauer, Gustav, Über subkutane Blasenruptur 511.
Dominguez, Francisco, Ein Fall von Sporotrichosis mit multipler Lokalisation 300.
Dorrance, George Morris, Die transversale Inzision bei Skrotumoperationen 527.
Dreuw, Wilhelm, Die moderne Untersuchung der Prostituierten 161.
— Die Bhdlg. d. Syphilis mit Hg + As + Ca 164.
— Das Anfangsstadium der Alopecia atrophicans (Pseudopelade Brocq) 422.
Dreyfus, Georges L., Die Methode der Untersuchg. des Liquor cerebrospinalis bei Syphilis 85.
Drucker, Viktor, Üb. Hetralin b. Infektionen des Urogenitalapparates 458.
Dubois, Paul, Was soll man von der Kutireaktion d. Syphilis halten? 58.
— -Havenith, Ein Fall von Akanthosis nigricans 397.
Dubreuilh, William, Die Insolation 223.
— Die Rolle des Lichtes i. d. Ätiologie des Hautepithelioms 354.
— u. Barques, A., Die Lepra der Bibel 419.

Digitized by Google

Dünkeloh, Zur Heilung der angeborenen Harnblasen- und Harnröhrenspalte 487.
*v. Düring, E., Zur Frage der Bekämpfg. der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten 575; ferner 552.
Dufour, Herxheimersche Reaktion m. lymphangitischer Form 227.
— u. Thiers, Herxheimersche Reaktion von lymphangit. Typus 228.
Dufourt, A., s. Weill, E.
Duhot, Ein häßlicher Feldzug gg. das Salvarsan 165.
Duroeux s. Lévy-Bing.
Dyer, Isadore, Diagnose u. Bhdlg. des Pruritus 426.

*Ebstein, Erich, Über im Berufe erworbene Schleimbeutelerkrankungen 569.
— u. Günther, Hans, Klinische Beobachtungen über Albinismus 438.
Edinger, L., Über phlebogene Schmerzen 404.
Ehlers (Kopenhagen), Supermaximale Injekt. von Benzoas hydrargyricus z. Bhdlg. von Syphilis 76, 139.
Ehrlich, Moriz 408.
— Paul, Abhandlungen über Salvarsan IV 31.
Ehrmann, Salomon 40, 568.
Eichmüller, G., Neue Erfahrgn. üb. die Lepra in Tunis 419.
Eicke, H., Zur Sero- und Liquordiagnostik d. Syphilis 126.
Elder, Omar F., s. Ballenger.
Elliott, C. A. u. Beifeld, A. F., Universelle Neurofibromatose (von Recklinghausensche Krankheit) 398.
— Will, Wasserm. Reaktion b. Kindern aus ärmeren Schichten 38.
Ellis, A. W. M., s. Swift
Emays-Jones, F., Bericht üb. 200 Fälle von Trichophytie, welche mit Röntgenstrahlen behandelt wurden 299.
Embleton, D., s. Thiele.
Engelbreth, C., Die „Emi-Kur". Die Resultate der Syphilis-Bhdlg. mit Hg-Inhalation 142.
Engelsted, Sophus 40, 366.
Englisch, Josef 112, 512.
Engman, M. F., Buhman, Rudolph, Gorham, F. D. u. Davis, R. H., Eine Studie üb. die Spinalflüssigkeit von hundert Syphilisfällen, einschließl. Untersuchgn. auf Arsen n. intraven. Anwendg. v. Neosalvarsan 64.
Epstein, Alois, Üb. die Bedeutg. der Wassermannschen Reaktion in der Säuglingsfürsorge 38.
Erlichówna, Marta, Pityriasis rosea Gibert m. gleichzeitg. Entstellung der Finger (Echobrachydaktylie) 255.
Evans, J. H., Ein klin. Vortrag üb. Tuberkulose des Urintraktus 445.

Fabry, Johann, Erfahrgn. üb. Neosalvarsanbhdlg. der Syphilis 243.
— Über einen Fall von Angiokeratoma circumscriptum am linken Oberschenkel 416.
Faginoli, A. u. Fisichella, V., Üb. die Kutanreaktion von Noguchi b. Syphilis 60.
— — Weitere Beobachtgn. üb. die Intrakutanreaktion m. d. Luetin v. Noguchi 63.
Faragó, K., Hodenveränderungen b. d. akuten u. chron. Infektionskrankheiten des Kindesalters 543.
Dalla Favera, G. B., Zur Kenntnis der sog. Hautblastomykose 213.
Fiala, K., s. Bukovsky.
Finger, E., Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg 192; ferner 208, 568.
Fiori, Paolo, Üb. einen bes. Befund von Zelleinschlüssen bei spitzen Kondylomen. 378, 379.
*Fischer, Adolf, Nävusartige Erkrankung am Oberschenkel (Syringadenoma papilliferum) 65.
Fisher, C., Epitheliom der Lider 403.
— M. K., Die Röntgenbestrahlg des Ekzems 254.
Fisichella, V., s. Faginoli.
Flesch, Max, Btrg. z. Kenntnis der Hodeneinklemmung 544.
Foley, C. H., Eine neue Bhdlgsmethode bei Trichophytie der Kopfhaut 298.
— Die Bhdlg. von Tinea tonsurans 298.
*Fontana, Artur, In bezug auf Sitz, Anzahl u. Volumen abnorme subkut. syphilit. Hautgummata 145.
Formiggini, Benedetto, Btrg. z. Studium der Zysten des Funiculus spermaticus bindegeweblichen Ursprungs 542.
Forns y Contera, M., Gangrän d. Fußes dch. syphilit. Arteriitis obliterans 502.
— Superinfektion b. e. Tertiärsyphilitischen 504.
— Phagedänische venerische Schanker des Anus und der Interglutäalfurche 523.
— s. Aja.
Foster, G. B., Die Noguchische Luetinreaktion b. d. Syphilis 62.
— Milton H., Favus u. Herpes tonsurans der Fingernägel 299.
Fournier, Alfred 144, 168, 368.

Digitized by Google

Fox, H., Erfahrgn. mit Neosalvarsan am Harlem-Hospital 244.
Fraenkel, P., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus 441.
Fränkel, E. u. Thiele, F., Üb. die Gerinnungshemmung dch. Luessera (Hirschfeld u. Klinger) u. die chem. Natur des Zytozyms 86.
Fraenkel, O., Über Gasgangrän 332.
Fragola, Geroderma genito-dystrophicum 425.
Franceschini, Giovanni, Die neuesten Untersuchgn. üb. die syphilit. Natur alltägl. Krankheiten 369.
de Francisco, Giacomo, Sectio alta und ein neues Verfahren für Blasennaht 526.
Frank, Ernst R. W., Wichtigkeit von Pankreaserkrankungen in der Chirurgie der Harnwege 372.
— Hyperämiebhdlg. b. entzündl. infiltrativen Erkrankungsprozessen in den Harnwegen 447.
— Richard, Die Desinfektion der Haut mit Sterolin bzw. Jod-Sterolin 144.
— Eine neue Methode zur Operation der Varikozele 543.
Franke (Heidelberg), Üb. einige Fälle von Gasphlegmonen 332.
Frattin, Giuseppe, Beitrag zur Kenntnis der Schweißdrüsenadenome 399.
Frescoln, Leonard D., s. Knowles.
Freund, Leopold, Die Bestrahlungs- und chirurg. Bhdlg. maligner Neubildungen 333; ferner 112, 280.
Freyer, P. J., Ein Vortrag über Prostatakarzinom 582.
Freytag, Gustav 40.
Fried, Technik der Furunkelbehandlung — zugleich meine eigene Krankengeschichte 304.
Friedenthal, Hans 336.
Friedländer, Wilhelm, Über Röntgenbhdlg. bei Nebenhodentuberkulose 548.
Friedmann, L., s. Nanu-Mascel.
*Frühwald, Richard, Zwei Fälle von ungewöhnl. schwerer Syphilis der Nase u. des Gaumens 1.
— Beitrag zur Abortivbehandlung der Syphilis 128.
— Über konzentrierte intravenöse Neosalvarsaninjektionen 242.
— Pemphigus vegetans 437.
*— Über Infektiosität des Blutes bei latenter (erworbener) Syphilis mit negativer Wassermannscher Reaktion 513.
Fuchs, H., Überleitungsstörung im Verf. der Salvarsanbhdlg. b. e. Patienten mit später Sekundärlues 227.
Fürth, Julius, Über Soldatendermatosen 550.
Fulchiero, Das Salvarsan b. d. kardiovaskulären Affektionen syphilit. Ursprungs 189.
Fuller, E., Die Heilung d. verschiedenen Formen d. chron. Rheumatismus u. d. Arthritis deformans a. d. Wege urogenitaler Chirurgie 407.

Gáldonyi, Nikolaus, Der Furunkel und Aufritt u. ihre Bhdlg. mit „Furunkulin" 303.
Galewsky, Eugen 336.
Gallois u. Japiot, Voluminöse Narbenkeloide: Besserung dch. Skarifikationen u. Radiotherapie 381.
Galloway, J. 80.
Gappisch, Anton, Üb. die Bhdlg. der Syphilis mit Embarin 140.
Garibaldi, G., Fall von schwerer gummöser Syphilis, nur auf einen Unterarm lokalisiert 215.
Gaté, J., s. Nicolas.
Gavini, G., Die Kutireaktion d. Syphilis. Versuche m. d. Luetin Noguchis 60.
— Üb. das interne Antiluetikum Mergal u. seinen Einfluß a. d. Wasserm. Reaktion 142.
Gaymard, Operative Bhdlg. der iliakalen Drüsenentzündung b. weichem Schanker 325.
Gennerich (Kiel), Nachtrag z. d. Behandlungserfolgen nach Salvarsanbehandlung 206.
— Zur Technik der endolumbalen Salvarsanbehandlung 225.
Gérard, Maurice, s. Carlier.
Gerbay, Üb. die Wirkg. der Fettsäurejodester b. d. Syphilis 136.
Gerber, Die Syphilis der Unschuldigen 420.
de Géry, P. Chastenet, Chirurg. Bhdlg. des inveterierten Pruritus ani 427.
Ghezzi, C., Üb. das wahre laterale Blasendivertikel 487.
Gibbard, T. W., u. Harrison, L. W., Die Bhdlg. der Syphilis in den Frühstadien 130.
Gieseler, Rudolf 40.
Gilford, H., Üb. das Wesen des Greisenalters u. der Karzinosis 355.
Gilmour, A. J., Ein Fall von Sklerodermie 423.
Gimenez, Angel M., Prostitution u. Geschlechtskrankheiten 221.
Giroux s. Mathieu.
Giorgis, G., Untersuchgn. üb. die Hermann-Perutzsche Reaktion 55.

Digitized by Google

Girsdansky, Joseph, Neosalvarsan in konzentrierter Lösung 246.
Glaesmer, Erna, Das Strahlenkarzinom 359.
Glaser, F., Erysipelas kontra Nephritis 328.
Glingar, A., Üb. die Befreiung der Truppen von Kleiderläusen. Der Eisenbahnzug als Desinfektionszug 430.
Glouk, M., Therapeut. Erfahrgn. m. einigen neueren, löslichen Quecksilberpräparaten 139.
Gocht, Hermann, Handbuch der Röntgenlehre 242.
Götzl, A., Die Tuberkulose der Prostata 582.
— s. Hada.
Goodman, A. L., Tuberkulose des Hodens 546.
Gorham, F. D., s. Engman.
Gougerot, Bhdlg. des akuten Ekzems 251.
— Symptome, Diagnose u. Therapie der Psoriasis 256.
Gowers, William Richard 592.
de Grado, J. Sanz, Trockene Gangrän d. linken großen Zehe inf. syphilit. Endoarteriitis obliterans 502.
— Ulzeröse Syphilis mit Neosalvarsan behandelt 523.
Gradwohl, R. B. H., Bhdlg. der zerebrospinalen Syphilis m. Salvarsanserum 188.
Graetz, Fr., Zur Frage des verfeinerten Wassermann mit bes. Berücksichtgg. der sog. paradoxen Sera 50.
Grandjean, E., Ätiologische Betrachtgn. üb. e. Fall von „Sklerodermie der Hände" 424.
Grassberger, Mathilde, u. Grassberger, Roland, Ein laussicheres Übergewand 430.
Grassberger, Roland, s. Grassberger, Mathilde.
Graziella-Schneid Huber, Thea, Das Mädchenschutzhaus in Berlin, das erste Observationshaus für gefährdete Mädchen 458.
Greco, Nicolás V., s. Sommer, B.
Grenier, M., s. Tanton.
Grinenko, A. P., Zur Frage der totalen Entfernung der Prostata b. d. sog. Hypertrophie 587.
Grintschar, F., s. Mestscherski.
Grön, K., Die Kutireaktion Noguchis b. d. Syphilis dch. Luetin 63.
— Über Tätowierungen 73.
*Grisson u. Delbanco, E., Monströser Tumor der Genitalgegend 89.
Grosz, Siegfried, u. Volk, Richard, Syphilistherapie u. Wasserm. Reaktion 87; ferner 112.
Grünberg, J., Btrg. z. Bhdlg. der Lues mittels Aurumkalium cyanatum 135.
Grünschild, Artur, Aufenthaltsort u. Harnleiden 525.
Gucciardello, Bhdlg. des Karbunkels m. Wasserdampf 303.
Günther, Hans, s. Ebstein.
Gunsett, A., Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Akromegalie 379.
Gurari (Petersburg), Eine neue Methode der Bhdlg. der Syph. des Nervensystems 133.
Guth, Hugo 144.
Guthrie, Douglas J., Neosalvarsan b. Syphilis 244.
Guttmann, C., Über vorübergehende positive Wasserm. Reaktion bei Ulcera mollia et non venerea 417.

Haberland, H. F. O., Die bimanuelle Untersuchung der Prostata 565.
Haberling, W., Das Dirnenwesen in den Heeren u. seine Bekämpfung 30.
Hada, B., u. Götzl, A., Wechselbeziehgn. zw. Hoden u. Prostata 564.
Hagashi, H., s. Tsuzuki.
Hagin, E. Nicholas, Nichtspezifische Harnröhrenentzündgn. als Komplikationen akuter Tonsillitis 185.
Halberstaedter, Ludwig 192.
Hallé, Noel, Die Formen der chronischen Nierentuberkulose 372.
*Halle, Wilhelm, Patriotischer Appell an die Herren Kollegen 361; ferner 360.
Hallenberger (Kribi), Multiple Angiosarkome d. Haut b. e. Kamerunneger 335.
Ham, Burnett, Prophylaxe der venerischen Krankheiten in Australien v. Standpunkt d. öffentl. Hygiene 297.
Hammacher, P., Zur Kasuistik der Pseudoleukämie der Haut 417.
Hanaoka (Breslau), Üb. das Schicksal des Hodens nach Entfernung d. Tunica vaginalis u. T. albuginea 545.
Hanck (Posen), Zur Diagnose der Geschwülste des Samenstranges 542.
Hanusa, Kurt, Über Nekrose des Zahnfortsatzes des Unterkiefers im Anschluß an Stomatitis ulcerosa 330.
— Üb. die operative Bhdlg. des Leistenhodens 544.
Haret (Paris), Die Bhdlg. der Prostatahypertrophie dch. die Radiotherapie 583.
Harrison, L. W., s. Gibbard.
Hartzell, M. B., Kolloide Degeneration d. Haut, m. Bericht üb. e. Fall v. sog. Kolloidmilium 579.

Digitized by Google

Haslund, Paul, Üb. die Bhdlg. von Hautkrankheiten mit Kohlensäureschnee 72.
— Bemerkgn. üb. die Resultate der Bhdlg. von Syphilis mit Quecksilber, speziell mit Injektionen 76; ferner 88.
Hassler, J. Willis, s. Honau.
Haudek, Martin 528.
Hausmann, Theodor, Fibrolysin als Unterstützungsmittel antiluetischer Behandlung 131.
Hazen, H. H., Ein anormaler Fall von Weißflecken-Krankheit 424.
— Persönliche Beobachtgn. üb. Hautkrankheiten b. d. Negern Amerikas 580.
Heath, D. 80.
— O., Die Bedeutg. des häufigen Urinierens u. d. Tenesmus b. akuter Zystitis 470.
Hecht, Hugo, Die Wasserm. Reaktion als Indikator b. d. Therapie der Syphilis 37.
Heidingsfeld, M. L., Der augenblickl. Stand der Syph.-Bhdlg. mittels Salvarsan 191.
— Intraven. Injekt. von Sublimat, Hyrgol, Quecksilberoxyzyanat u. Sublamin b. Rückfällen nach Salvarsanbehandlung 206.
— Klin. u. serolog. Syphilisrezidive n. Salvarsan u. deren Bhdlg.; eine serolog. Studie über 651 Fälle mit 952 intraven. Salv.-Bhdlgn. u. 3304 Wasserm. Reaktionen 206.
— Syphilis und Neosalvarsan 230.
— Üb. die Bhdlg. der Syphilis m. Salvarsan u. Neosalvarsan. Eine Arbeit über 4560 serolog. Untersuchgn. bei 1152 intravenösen Salvarsan- u. Neosalvarsaninjektionen u. 776 Fällen von Syphilis 268.
Heigel, Anton, Ein Btrg. zu den Tumoren des Penis 461.
Heineck, Aimé Paul, Erfolgreiche Bhdlg. eines Falles von Rhinophyma durch „Dekortikation" 326.
Heinemann, Curt, Die lokale Bhdlg. der Blennorrhoe b. Manne 505.
— Z. Frage der Grossichschen Jodtinkturdesinfektion 528.
Heise, W., Ein Btrg. z. Frage des akuten Ekzems m. psych. Ätiologie 250.
Heiser, Victor G., u. Villafranca, Rafael, Über Albinismus auf den Philippinen 437.
Heisler, A., Erythema infectiosum 301.
Heller, Julius, Über Paradidymitis erotica acuta 549.
Herbst, R. H., Die Bhdlg. der Hydrozele m. bes. Berücksichtgg. der Karbolinjektionen 549.
Herescu, P., Über 200 Fälle von Prostatektomie 586.
Herxheimer, Karl, u. Köster, Hermann, Über therapeutische Versuche mit Pilocarpinum hydrochlor. bei Parapsoriasis 276.
— u. Nathan, E., Zur Prophylaxe u. Vertreibg. des Ungeziefers im Felde 471.
Herzfeld, A., Btrg. zur modernen Luesbhdlg. Zwei neue Arsen-Quecksilberpräparate 144.
Herzog, W., Ein Fall von allgemeiner Behaarung m. heterolog. Pubertas praecox b. dreijähr. Mädchen (Hirsutismus?) 440.
Hesse, Erich, u. Schaack, Wilhelm, Zur patholog. Anatomie u. Histologie der Venennaht, spez. d. sapheno-femoralen Anastomose b. Varizen 404.
— Max, s. Matzenauer.
Heusner, Rudolf, Zur Kenntnis der bösartigen Tumoren der Sakralgegend (aus angeborener Anlage hervorgegangenes Kankroid b. e. 72jähr. Manne) 355.
Hildebrand, Otto, Üb. die operative Bhdlg. der Blasentumoren 485.
Hill, E. C., s. Wadhams.
Hilsmann, S., Üb. Harnblasengeschwülste m. bes. Berücksichtgg. e. Falles v. zyst. Polyp. b. e. Neugeborenen 484.
Hirschberg, Matthias, Ekzem u. innere Erkrankungen 250.
Hitrowo, A., Üb. die Jarisch-Herxheimersche Reaktion der Gummata auf die Salvarsanbehandlung 227.
Hoda, Benzo, Zur Kenntnis der Melanome 397.
Höfler, Max 40.
Hölder, Helene, Zur Verwendg. von kolloidem Selen b. d. Bhdlg. maligner Tumoren 334.
Hörmann, Jakob 40.
Hoessli, H., Über Xanthom der Haut u. der Sehnen 383.
Hoffmann, Claude G., Über chron. Prostatitis inf. v. Infektion m. d. Neisserschen Gonokokkus 508.
— E., Zur Salvarsantherapie des Ulcus molle 264.
— Darf bei weichen Schankergeschwüren prophylakt. Salvarsan angewandt werden? 325.
Holland, Wilh., Drei Fälle von visceraler Syphilis mit Neosalvarsan behandelt 244.

Digitized by Google

Honau, William Francis, u. Hassler, J. Willis, Üb. Anästhesierung auf endovenösem Wege 512.
Hopkins, J. G., u. Zimmermann, J. B., Cholesterinantigene b. d. Wasserm. Reaktion u. die quantitat. Prüfung von syphilitischem Serum 87.
Horn, August, Üb. die innerl. Darreichung von Quecksilber b. Syphilis m. bes. Berücksichtg. des Merjodins u. der Hg-Glidine 142.
Howard, R., Ein Verfahren z. Entfernung der karzinomatösen Prostata 582.
Howe, James Sullivan 144.
Howle, Paul W., Ein Fall von Pseudo-Elefantiasis 328.
Htano s. Tsuzuki.
Huntemüller (Berlin), Neuartige Parasitenbefunde b. d. Jerichobeule 322.

Ibarguren, Antonio, Dermatitis parakeratotica parasitären Ursprungs (Scabies norvegica) 221.
Ichibagasse, K., s. Tsuzuki.
Iredell, C. E., u. Thompson, R., Drei mit Diathermie bhdlte. Fälle von malignem Gewächs des Blasengrundes 486.
Irvine, H. G., Ein Fall von Bromeruption 203.
— Üb. die Ähnlichkeit des klin. Bildes der Tuberculosis verrucosa cutis und Blastomykose 271.
— Idiopathische Hautatrophie; mit Bericht üb. e. Fall 423.
Isaac, Pilzerkrankung d. Haut, infolge des Gebrauches wollener Unterwäsche 300.
Israel, F., Ein ungewöhnl. Fall von Tuberkulose des Harnapparates 446.
Istomin, Z. Frage der operat. Bhdlg. der Varikozele 549.
Ivey, R., Die Wassermannreaktion unter d. geisteskranken Negern v. Alabama 39.
Ivy, R. H., s. Thomas, B. A.
Iwaschenzoff, Gl., Üb. die Salvarsantherapie der Syphilis des Nervensystems 188.
— Salvarsantherapie u. Lues des Zentralnervensystems (inklusive Tabes dorsalis) 188.
Iwaschtschenko u. Lange, Die Salvarsantherapie der chirurg. Syphilis 189.

Jacobi, Eduard, Vaselinoma sclerotic um 421; ferner 112, 158.
Jadassohn (Bern), Wie soll sich der prakt. Arzt zur Salvarsantherapie der Syphilis verhalten? 165.
Jaerisch (Graudenz), Zur Ätiologie der Psoriasis 256.
Jakob, A., s. Weygandt.
Jakobsohn (Berlin), Die Funktion der Prostata u. Bhdlg. der Prostatahypertrophie dch. indirekte Bestrahlung 583.
Jamieson, W. Allan, Einige Bemerkgn. über Prophylaxe u. Bhdlg. des Ekzems 251.
Janowsky, Th., Üb. die funktionelle Diagnostik der Nierenkrankheiten 591.
Jansky, J., Die Bhdlg. der progressiven Paralyse mit Salvarsan 248.
Janssen, P., Elefantiasis penis u. ihre operat. Bhdlg. dch. Dränage m. implantierten Venenstücken 462.
Japiot s. Gallois.
Jeanselme, E., Prophylaxe der Syphilis dch. Salvarsan 189.
— Bhdlg. der Syphilis mit Salvarsan 205.
— Vernes u. Bloch, Marcel, Wirkung von Salvarsan u. Neosalv. bei Syphilis und Tuberkulose 229.
— — — Intrarachidische Injektionen von Neosalvarsan 246.
Jenkel (Altona), Zur Technik der Prostatectomia suprapubica 587.
Jersild, O., Vorläufige Mitteilg. üb. eine neue abortive Bhdlg. der Blennorrhoe 73.
Jesionek, A., Praktische Ergebnisse a. d. Gebiete der Haut- u. Geschlechtskrankheiten 242.
Jessner, Kurt 40.
— Max 40.
— S., Bhdlg. kosmetischer Hautleiden (Schönheitsfehler) 373.
Joeux, Charles, Btrg. z. Studium der afrikanischen Tinea 299.
Jones, R. L., u. Simons, Irving, Üb. die Serodiagnose der Blennorrhoe 275.
Jonquières, Eduardo, Enzephaloide Kopfhaut 221.
Jordan, William H., Kongenitale Striktur der Pars prostat. urethrae m. Hyperplasie der Blase, Dilatation der Ureteren u. multiplen Abszessen bd. Nieren 467.
*Josefson, Arnold, Üb. die Empfindlichkeit der Haut für Adrenalin u. Pituitrin 413.
Joseph, Max, Der jetzige Stand der Quecksilbertherapie 137.
— Die Bhdlg. des Kinderekzems 251.
— Alopecia atrophicans b. Kindern 422.
Jourdanet, Bhdlg. der Gesichtsakne mittels der biokinetischen Methode 255.
Judd, Charles C. W., Vergleich des cholesterinisierten m. d. nichtcholesterinisierten (Noguchi) Antigen b. d. Wasserm. Reaktion 63.

Digitized by Google

Jüngerich, J., Zur Therapie des Hämorrhoidalleidens 405.
Jullien, Louis, Btrg. z. chem. Studium der Vernix caseosa 268.
Jump, H. D., Beates, H., u. Babcock, W. W., Vorzeitiges Wachstum der äußeren Genitalien inf. Hypernephrom der Nebennierenrinde 441.
Junkel, Btrg. z. d. Knorpelzysten der Ohrmuschel 380.

Kaempfer, Louis G., Salvarsan beim Rhinoskleroma 327.
Kafka, V., s. Weygandt.
Kaliski, D. J., s. Sachs, B.
Kallós, J., Üb. die Hermann-Perutzsche Syphilisreaktion 55.
Kantorowitz, Ein neues Mittel z. Beseitigg. des Schweißgeruches 428.
Kaplan, M., u. McClelland, J. E., Eine quant. chem. Reaktion z. Kontrolle positiver Wasserm. Reaktionen 52.
Karvonen (Helsingfors), Üb. Blennorrhoe der Urethra duplex u. deren Bhdlg. 73.
— Über „spontanen Zahnausfall" bei Syphilitischen 79.
Keetmann, B., Zur Strahlentherapie der Geschwülste 333.
— Die Absorption der β-, γ- und Röntgenstrahlen im Gewebe 333.
Kehl, Hermann, Btrg. z. Kenntnis der Hautblastomykosen 322.
Kennard, D., Die Bhdlg. der Syphilis 130.
Kerl, Wilhelm, Zur Abortivbehandlung der Syphilis 128.
— Über konzentrierte Neosalvarsaninjektionen 231.
Kern, Hans, Üb. die Anwendung d. epifaszialen (bzw. intramuskulären) Neosalvarsaninjektionen nach Wechselmann im Kindesalter 247.
Kersten, H. E., Zur intramuskulären Neosalvarsaninjektion 245.
Key, Einar, Exclusio vesicae b. schwerer Blasentuberkulose 486.
Keyes, E. L., Eine Methode d. Bekämpfg. der postoperat. Hämorrhagie b. suprapub. Prostatektomie 588.
— jr., E. L., Der Mechanismus der prostatischen Urinretention 566.
Kielleuthner, Ludwig 568.
Kienböck, Robert, Radiotherapie der bösartigen Geschwülste 399; ferner 280.
King, E. F., Myiasis der Harnwege 527.
Kingsbury, Jerome, u. Bechet, Paul E., Die intravenöse Bhdlg. mit Quecksilber b. Syphilis 139.
Kirschbaum s. Busson.
Kissmeyer, A., Untersuchgn. einer neuen Syphilisreaktion (Landau) 56.
— Ein Fall von Pemphigus vegetans (Neumann) 418.
Klaschka, Erwin 384.
Klausner, Erwin, Zur Technik der Pallidinreaktion 56.
— Kontraluesin (Richter) i. d. Abortivbhdlg. der Syphilis 128.
*— Über extragenitale Ulcus molle-Infektion 537; ferner 40.
Klein, Alfred, Ein Fall von Akanthosis nigricans 397.
— P. R., Mitteilgn. üb. Befunde im Urin nach Anwendg. von Salvarsan 185.
Kneise, O., Einige meiner Erfahrgn. auf dem Gebiete moderner Urologie 443.
Knight-Stapleton, Carlisle P., Epididymotomie 548.
Knowles, Frank Crozer u. Frescoln, Leonard D., Zwei ungewöhnl. Fälle von Hautdiphtherie 324.
Knox, R. Ein Vortrag üb. Radium u. die Bhdlg. von malignen Neubildungen 334.
Kobligk, E., Erfahrungen mit Embarin Heyden 140.
Köster, Hermann s. Herxheimer.
Kondoleon, Die Lymphableitung des Skrotums 527.
Konjetzny (Kiel), Üb. einen ungewöhnl. Penistumor 461.
Konrad, B., Über das Syphilisfieber 187.
Kostlivy (Trebitsch), Die Delbetsche Operation (Anastomosis sapheno-femoralis), deren Technik u. Resultate 425.
Kragel (Bochum), Erfahrgn. üb. die bei der Wasserm. Syphilisreakt. wirksamen Körper u. ihre Verwendung 54.
Krause, Friedrich 40.
Kreibich, K., Zellteilung in kultivierter Haut und Kornea 266.
— Plasmomyelom d. Haut 335.
Kren, O. Pagetsche Erkrankung am Anus und Genitale 334.
Krösing, Rudolf 144, 208.
Krompecher, C., Über Schweißdrüsenzysten der Brustdrüse u. deren Krebse 357.
v. Krzysztalowicz, Franz 408.
v. Kubinyi, Paul, Zur Zystoskopie b. Blasenfisteln 487.
Kümmel (Hamburg), Die Diagnose u. Bhdlg. der bösartigen Prostataaffektionen im Anfangsstadium 581.
Kulenkampf (Zwickau), Über Prostatahypertrophie u. die Prostatektomie nach Wilms 585.
Kumaris, Joh., Abortive Erysipelbehandlung 329.

Digitized by Google

Kyrle, Josef, Über Arsenausscheidg. im Harne nach einmaliger subkut. Einverleibg. von 0,4 Altsalvarsan vor 3½ Jahren 166.
— Experim. Btrg. z. Frage des Regenerationsvermögen des Rete testis 546.
— u. Schopper, K. J., Über auffällige Befunde b. experim. Studien an Nebenhoden 547; ferner 432.

Labbé, Xanthochromia palmo-plantaris b. Diabetes 425.
Lagane, Üb. die Luetinintrakutanreaktion b. Syphilis u. einigen infekt. Erkrankungen 62.
Landau, Wilhelm, Untersuchg. üb. eine Reaktion luet. Sera m. e. Jodölreagens 53.
Lange s. Iwaschtschenko.
— Btrg. zur Zellerschen Pastenbehandlung 401.
Lapowski, Boleslav, Die Abortivbhdlg. der Syphilis 129.
*Lauener, Paul, Üb. einen dch. Kuhhaare hervorgerufenen Fremdkörpertumor b. e. Melker 529, 556.
Launois, P. E., Troin, G. u. Ledoux, Ein Fall von massiver Koagulation des Liquor cerebrospinalis. Verlegung des Durakonus dch. syphilit., meningomedulläre Verwachsung 86.
Launoy, L. u. Levaditi, C., Quecksilberbehandlung der Spirillosen (Hühnerspirillose u. Kaninchensyphilis) 138.
Leber, A. u. v. Prowazek, S., Zur Kenntnis der Elefantiasis in Samoa 379.
Ledermann, Reinhold, Üb. die Verwendg. großer Serumdosen z. Verfeinerg. d. Wasserm. Reaktion 39.
Ledo, Antonio, Pyodermitis chronica papillomatosa vegetans 81.
Ledoux s. Launois.
Legueu, F., Nutzen der Anwendg. der Harnstoffsekretionskonstante bei den Prostatikern 566.
— Klinische Vorlesg. üb. das beste Alter zur Vornahme der Prostatektomie 586.
Lehnert, Anton, Über Ekzem u. Neurodermitis im Kindesalter 250.
Lenzmann, Richard, Die Bedeutg. u. Bhdlg. der Geschlechtskrankheiten im Felde 408; ferner 280, 336.
Leredde, Technik der Sterilisation der Syphilis dch. das Salvarsan 187.
Leschly, W. u. Boas, Harald, Untersuchgn. üb. Konglutinationsreaktion m. der Technik Karvonens, als Ersatz f. d. WR. 55.
Lespinasse, Viktor D., Transplantation des Testikels 545.
Lesser, E., Die Fortschritte der Syphilisbhdlg. 110.
— Über Geschlechtskrankheiten im Felde u. deren Verhütung 112.
— F., Die prakt. Bedeutg. der quantitat. Wasserm. Reaktion f. d. Bhdlg. der Syphilis 36.
Levaditi, C., s. Launoy.
Levin, Isaac, Radium- und Röntgenbehandlung beim Krebs 374.
Levy-Bing u. Duroeux, Syphilis der Blase 527.
Lewandowsky, F., s. Ritter.
Lick, E., Zur perinealen Prostatektomie 586.
Lier, Wilhelm, Über Embarin 29.
— Über Abortivbehandlung der Syphilis 128.
— Über Neurofibromatose 381; ferner 408.
Likes, Sylvan, H. u. Schoenrich, Herbert, Erfahrungen m. über 1000 Fällen von chron. Urethritis 464.
van Lint, Angioma palpebrae 382.
Lionti (Palermo), Ein Fall von Penisverdoppelung 462.
Lippmann, A., Die Hausinfektionen u. ihre Bekämpfung 320.
Lipschütz, Benjamin, Die Ätiologie des Molluscum contagiosum 396.
— Lichen ruber framboesiformis 421; ferner 408, 552.
Lissmann, P., Z. Bhdlg. der sexuellen Impotenz 527.
Little, G. 80.
Lockwood, Charles D., Epididymitis als Komplikation b. Prostatektomie 507.
Löffler, Dagobert, Bakt. Versuche üb. die Zuverlässigkeit der Tägeschen Sterilisierungsmethode zu Injektionen, m. bes. Berücksichtgg. des Wasserfehlers u. des Kochsalzfiebers 418.
Loewe, O., Zur Therapie der Phimose 460.
Lortat-Jakob, Intrarachidische Neosalvarsaninjektionen 246.
Louste, Rolle des Cholesterins in der Wasserm. Reaktion 56.
Lower, W. E., Divertikel der Harnblase 526.
Luce, H., Btrg. zur Klinik der Hodenneuralgie 546.
Luithlen, F. 568.
v. Lukasiewicz, Wladimir 360.
Lurz, R., Späterscheinungen d. Framboësie beim Neger 324.
Lutembacher (Paris), Das Bläschenekzem 250.

Digitized by Google

Lyons, Oliver, Tuberkulose der kindlichen Genitalorgane 445.

Majerus, Üb. die Einwirkg. des Jods auf die Hoden 543.
Majocchi, Domenico 432.
Malbran, C., Prophylaxe der Lepra 222.
Malinowski, Feliks, Über Dermato-Mykosen 279.
Mallory, William J., Urologische Mitteilungen 508.
Mangini s. Policard.
Mankiewicz, Otto 592.
Manthey, C., Abszeß dch. einen tier. Parasiten 430.
Mantovani, Mario, Anwendg. v. aktivem Serum b. d. Wasserm. Reaktion 86.
— 4000 Wassermannsche Reaktionen 214.
Mañueco, E., Bhdlg. der Blennorrhagie mit Uranoblen 216.
Marcovici, Eugen, Ein Fall von Elefantiasis nach Lymphangitis postdysenterica 440.
Marcus (Stockholm), Erfahrgn. üb. Gonargin 73.
— Isolierte Blennorrhoe e. Paraurethralganges 73.
— Fall von Pemphigus foliaceus 74.
— Fall von Ulcera neurotica oris 74.
— Fall von Ulcus gangraenosum vulvae 74.
— Fall von Urticaria pigmentosa (abortiva) 74.
Marie, P. L., s. Oettinger.
Marinesco, G. u. Minea, J., Infektiosität des Liquor cerebrospinalis b. juveniler Paralyse 86.
Marini, G., Klinischer u. pathol.-anatom. Btrg. z. Studium der kutanen Leukämie, der fibro-epitheloiden Polylymphomatosen (Hodgkinsche Krankheit) u. d. Mycosis fungoides 264.
Martin, Clarence, Blutharnen u. Bestimmung des Ursprungs desselben 274.
Martin, Joseph, s. Rebattu.
Martinotti, Leonardo, Üb. das akute exsudative Ödem 370.
Marx, Hans 40.
Mason, Frederic S., Rückfall einer akuten Blennorrhoe n. e. Injektion von polyvalenter Gonokkenvakzine 272.
Massia, Beobachtg. an 1500 Wasserm. Reaktionen 36.
— s. Nicolas.
Mathieu, Weil, Pierre u. Giroux, Vergleich der Reaktion n. Wassermann u. nach Noguchi b. nichtfloriden Syphilitikern 57.
— — Vergleiche der Häufigkeit der Wasserm. u. Noguchischen Reaktion b. erwachsenen Syphilitikern im Latenzstadium 58.
Matterstock, Georg 568.
Mattirolo, G. u. Botteselle, G., Üb. die Intradermoreaktion m. d. Noguchischen Luetin 60.
Mattyasovszky, B., s. Bulyoloszky.
Matzenauer, Rudolf u. Hesse, Max, Über den „Wasserfehler" 226.
Maxson, Edwin S., Bericht üb. e. Fall von Gesichtskarzinom 357.
del Mazo, E. Garcia., Syphilit. Schanker auf der Konjunktiva bulbi 217.
Mc Carthy, F. G., Üb. die Strikturen in der Harnröhre des Mannes 183.
Mc Caskey, G. W., Eine neue Methode zur Prüfung der Nierenfunktion mittels Bestimmung der Ausscheidg. innerlich gegebenen Harnstoffs 591.
Mc Clelland, J. E., s. Kaplan.
Mc Cormac, H., s. Morris.
Mc Donagh, J. G. R. 80.
Mc Gowan, Granville, Ein neues Urethroskop 443.
Mc Grath, B. F., Krebs der Prostata 581.
Mc Intyce, M., Ein Fall von Ulcus rodens mit ungewöhnl. Lokalisation 336.
Mc Kee, George M. u. Wise, Fred, „White-spot disease" 424, 579.
Mc Martin, C., s. Dermody.
Mc Murtrie, Douglas C., Eine Legende v. d. lesbischen Liebe b. d. Indianern Nordamerikas 161.
— Manifestationen v. weibl. sexueller Perversität; günstige Vorbedingungen dazu in den Klosterschulen. Beispiele von Transvestismus, unbewußter Homosexualität und sexuales Empfinden b. Mannweibern. Masturbation unter d. Einflusse homosexuellen Empfindens; unbestimmte Sexualempfindungen in der Kindheit 507.
— Psycholog. Studie an einer tribadistischen Gattenmörderin, ein Fall von Lombroso 509.
— Über perverse Sexualempfindung b. d. Frauen in Spanien 272.
Mc Murtry, Charles Wood 112.
Mc Weeney, E. J., Erfahrgn. m. d. Wasserm. Reaktion 36.
Meachen, G. Norman, Die klin. Beziehgn. des Lupus erythematosus 423.
Meirowsky, Emil, Studien üb. die Fortpflanzung von Bakterien, Spirillen und Spirochäten 241.
— Sklerodermia diffusa et circumscripta 421; ferner 40.
Ménard, P. J., s. Roger.

Digitized by Google

Mensi, Enrico, Neue Beobachtgn. üb. die Wasserm. Reaktion u. die therapeut. Salvarsanwirkg. b. heredit. Syphilis 37.
*Merian, Louis, Btrge. zur Histopathologie der Tierhaut 409, 433, 454, 479, 493, 517.
Merk, Ludwig, Die Anzeigepflicht bei venerischen Krankheiten ist leicht durchführbar! 88; ferner 112.
Messerschmidt, Th., Die Vakzinetherapie der chron. Furunkulose d. Haut 303.
Mestscherski, H. u. Grintschar F., Ein mit Vakzine erfolglos bhdlter. u. dch. Anwendg. physikal. Bhdlgsmethoden gebesserter Fall von Scleroma respiratorium d. Nase u. des Rachens 327.
Meyer, E., Klin. u. experim. Untersuchgn. üb. die Wirkg. des Salvarsans a. d. kongenit. Syphilis des Fötus b. Bhdlg. der Mutter 186.
— Fritz M., Der heutige Stand unserer Kenntnisse üb. das Wesen der Wassermannschen Reaktion 34.
— Hans u. Ritter, Hans, Zur Methodik der Radioepilation der Kinderköpfe 299.
— Johann, Btrg. z. Bhdlg. des Fluor albus m. Bolus-Biozyme 296.
— P., Eine Erleichterung f. den zystoskopischen Unterricht 442.
— Robert, Über Bhdlg. der angeborenen Elefantiasis des Armes mit Lymphangioplastik nach Handleys Methode 439.
Mibelli, Vittorio 552.
Mikhaïlow, N. A., Die Rolle der Reservekraft der Niere nach der Nephrektomie 372.
Miller, Daniel Tucker, Intraven. Injekt. v. Salvarsan u. Neosalvarsan 207.
— J. W., Dermatitis exfoliativa, mit Bericht üb. einen Fall 202.
Minea, J., s. Marinesco.
Mirgel, Hermann, Üb. eine Anzahl länger beobachteter Fälle von Lues, die mit Salvarsan u. Hg behandelt wurden 143.
Moberg (Stockholm), Über das Analekzem u. die Bhdlg. desselben 72.
— Zwei Fälle von Kaposis Sarkom 77.
— Fall von Lupus erythematosus an bd. Lippen 77.
— Fall von Dermatitis atrophicans progressiva chronica diffusa 77.
— Fall von Ulcus rodens 77.
— Fall von Dermatite polymorphe douloureuse aigue recidivante 78.
Moberg (Stockholm), Schwerer Lupus erythematosus ohne Erfolg m. Röntgenstrahlen behandelt 78.
— Fall von Tuberkuliden 78.
— Drei Fälle von Lichen 78.
— Fall von Xeroderma pigmentosum 78.
— Zur Bhdlg. d. juvenilen Akne 79.
Möinichen, E., Zwei Fälle von Mohrrübenfärbung 428.
Mohr, M., Mit Neosalvarsan intensiv behandelte Augenkranke 230.
Monti, Romeo, Die Dermoide des Samenstranges 542.
de Montmollin, G., Über die Dauererfolge b. d. Salv.-Bhdlg. der Lues 191.
Montpellier, J., s. Brault.
Monzardo, Gino, Btrg. z. Studium der Prostatahypertrophie u. ihrer radikalen Heilung 585.
Morawetz, Gustav, Erfahrgn. üb. die Bhdlgn. der malignen Syphilis 131.
Moreau, Camille, Der Einfluß d. antisyphilit. Bhdlg. a. d. Wasserm. Reaktion 37.
Morestin, Bhdlg. der Gesichtsangiome 382.
Morison, Rutherford, Klin. Vorlesung üb. einige Harnröhrenverletzungen u. üb. die Bhdlg. der Harnröhrenstriktur 466.
Morpurgo, F., Üb. einen Fall von Netzhautblutungen nach Kalomel-Salvarsanbehandlung 228.
Morris, M. u. Mac Cormac, H., Zweijährige Erfahrgn. mit Salvarsan 190; ferner 80.
Morse, P. F., s. Varney.
Moser, Ernst, Spontane Harnblasenzerreißung 512.
Motzfeldt, K., Angeborene Mißbildungen der Nieren und Harnwege 592.
Moutot, H., s. Nicolas.
Mucha, V. 568.
Müller, Achilles, Über Prostataatrophie 567.
v. — Friedrich, Spekulation u. Mystik in der Heilkunde 525.
— H., Darf bei weichen Schankergeschwüren prophylakt. Salvarsan angewandt werden? 325.
— N., Ein Fall von multiplem Zystizerkus 429.
— Rudolf u. Stein, Robert Otto, Bemerkgn. zur Kutireaktion b. Lues u. ihre Beziehgn. zur Wasserm. Reaktion 57.
Müllern-Aspegren (Stockholm), Zwei Fälle von Reinfektion von Syphilis nach Salvarsanbehandlung 76.
— Abortivbhdlg. von Syphilis recens mit Salvarsan 76, 205.

Digitized by Google

Müllern-Aspegren (Stockholm), Tuberkulide, teils vom Aknitis-, teils vom Lupus erythematosus-Typus 77.

Näcke, P., Die gerichtl. Medizin u. die Homosexualität 440.
Nanu-Mascel, J., Alexandrescu-Dersca, C. u. Friedmann, L., Üb. die Luetinreaktion nach Noguchi 59.
Nathan, E., s. Herxheimer.
Negrete, Carlos, Meine sechs letzten Fälle von hypogastr. Schnitt bei Blasensteinen 484.
— Ein Fall von suprapub. Prostatektomie 588.
Neisser, A., Zur Vorgeschichte u. Charakteristik der Prostituierten, m. bes. Berücksichtgg. der Minderjährigen u. Minderwertigen 458.
— Syphilis u. Salvarsan 204; ferner 64.
Nelken, Abraham, Zystitis: Eine nur nach fleißiger Beobachtg. zu stellende Diagnose 507.
Neue (Greifswald), Üb. eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums u. dadurch bedingte Fehlerquellen d. WR 54.
Neugebauer (Wien), Skabiesebaga an Stelle des Ung. sulfur. Wilkinsoni in der Skabiestherapie 428.
Neumayer, V. L., Zur Gabengröße des Neosalvarsans 246.
— Ein Todesfall nach Neosalvarsan 247.
Nichols, Henry J., Die Syphilis als eine Frage der öffentlichen Gesundheit 384.
Nicolas, J. u. Gaté, J., Hat die positive Wasserm. Reakt. absoluten Wert? 35.
— Massia, Gaté u. Pillon, Lichen scrophulosorum und Parapsoriasis lichenoides 277.
— — — — Atypische Aktinomykose 327.
— — — — Ein Fall von Xeroderma pigmentosum 425.
— u. Moutot, H., Drei Jahre antisyphil. Arsentherapie an der Clinique vénéreologique de l'Antiquaille in Lyon 267.
*Nielsen, Ludv., Ein Fall von Syphilis mit Primäraffekt in der Vagina 209.
Nixon, J. A., Die intraven. Anwendg. von Neosalvarsan bei Syphilis 231.
Nizzi, F., s. Carbono.
Nogier, Th., Bhdlg. eines Nasenepithelioms m. Radium 354.
Noguchi, Hideyo, Die Luetinreation (Kutireaktion d. Syphilis) 58.
Noniewicz, Eliasz, Ein Btrg. z. Diagnose u. Therapie des Malleus 248.
Nonne, M., Üb. die Bedeutg. der Liquoruntersuchg. f. d. Prognose von isolierten syphilogenen Pupillenstörungen 84.
Nordendoft, S., Einige Resultate der Röntgenbhdlg., mit einigen Bemerkgn. über Radium u. Röntgen 373.
— Üb. die Röntgenbhdlg. des Hautkrebses 401.
Nordmann, O., Die Bhdlg. der Krampfadern u. der Unterschenkelgeschwüre 404.
Nowicki (Lemberg), Über Harnblasenemphysem 488.
Nutt, W. H., Beattie, J. M. u. Pye-Smith, R. J., Arsenikkrebs 358.
v. Nyiri, Wilhelm, s. Bauer.
Nyström, G., Btrg. zur Frage: Bhdlg. des Erysipels mittels Kälte 329.

Ochs, Benjamin F., Kinderekzem 251.
Odstrčil, J., Die Abortivbehandlung der Syphilis beim Militär 129.
— Bhdlg. der Krätze mit Sulfidal 428.
Oettinger, Marie, P. L. u. Baron, Bleimeningitis u. Wasserm. Reaktion 37.
Ogilvie, H. S., Die intraspinale Bhdlg. der Syphilis des Zentralnervensystems mittels salvarsanhaltigen Serums von abgestufter Konzentration 247.
Olmstead, Miriam P., Der Wert der Absorptionsmethoden b. d. Wasserm. Reaktion 53.
Oppenheim, Leo, Morbus Darier (Psorospermosis follicularis vegetans) 334.
— Moritz, Über vier Fälle von Hautblastomykose beobachtet in Wien 321.
— Zur Ätiologie der idiopathischen Hautatrophie (Dermatitis atrophicans) 423; ferner 280.
Orkin, Georg, Erfahrgn. m. d. Sachsschen Cholesterinalkohol- u. d. Lesserschen Ätherextrakt b. d. Wasserm. Reaktion 57.
Orlowski (Berlin), Der Tripper 224.
Orsós, F., Erkrankgn. des Penis b. Typhus 462.
d'Ovidio, Rogelio, Üb. die großblättrige Desquamation der Neugeborenen 221.

Pagenstecher, Die Operation der Phimose 461.
Pakascher, Üb. die Bhdlg. der Urethritis bacterica u. postblennorrhoica mittels Lytinol 465.
Panoff, Charles Eduard, Üb. kombin. Anwendg. von Quecksilber m. Salvarsan oder Neosalvarsan b. d. Bhdlg. der Syphilis 160.
Pappenheim, Arthur 592.

Digitized by Google

Pappenheim, Martin 85.
Parisi, F., Die örtl. Bhdlg. des Erysipels m. Jodtinktur 329.
Parker, G., Ein Fall von Holzphlegmone des Halses (Phlegmon ligneux) 330.
Paschkis, Rudolf 472.
Pascual, Salvador, Bhdlg. der Zystitis m. Joddämpfen 470.
— Moderne Bhdlg. der Blasentumoren 485.
Pasteau s. Degrais.
Pautrier, L. M., Die Ekzemtypen u. die Bhdlgsarten 249.
— Sarkoide u. Syphilis. Notwendigkeit einer Revision der Sarkoidgruppe 266.
Pavone, G., Komplementablenkung bei Hautleishmaniose 321.
Pawlow, P. A., Btrg. z. Kasuistik d. seltenen Ulcus molle-Lokalisationen. Primäre Lokalisationen d. Ulcus molle in Urethra nebst Autoinokulationen am Zeigefinger der linken Hand 126.
Peacock, Alexander Hamilton, Die Bedeutg. des häufigen Urinierens bei den Frauen 162.
Pecori, Guiseppe, Die Immunität b. Trichophytie 279.
Pedersen, Victor Cox, Harnröhren- und Prostatasymptome, dch. e. umfangreichen Mastdarmpolypen (?) verursacht 442.
— Neubildungen der Blase; klin. Berichte üb. 3. Fälle v. Bhdlg. m. d. Oudinschen Hochfrequenzstrome 484.
— Tuberkulose d. rechten Hodens sekundär nach Entfernung des linken wg. Tbc. auftreten 546.
— u. Darling, Byron C., Messung und Projektion d. hint. Teiles d. Harnröhre u. d. Blasengrundes mittels Metallkatheter u. Radiographie 463.
Pelagatti, Mario 552.
Pellizzari, C., Vorstellung Kranker mit dch. Radium geheilten Tumoren 375.
Pepere, A., Monosporosis alba et Monosporosis nigra 298.
— Myzetoma pedis mit schwarzen Körnern 322.
Pérez-Grande (Madrid), Gonokokzie der bd. Geschlechter u. deren Bhdlg. m. polyvalenter Diplokokkenvakzine 30.
Perkel, J. D., Üb. die intradermale Reaktion auf Syphilis m. Noguchis Luetin 418.
Pernet 80.
Perrier, Ch., Ein Fall von maximaler narbiger Retraktion d. Blase dch. Tuberkulose 487.
— Drei Fälle von Prostatahypertrophie n. d. Bottinischen Methode operiert 584.
Peterkin, G. Shearman, Eine neue diagnost. Methode z. Aufklärung patholog. Veränderen a. d. weibl. Urogenitalorganen 507.
Peters, R., Die Bedeutung des Mergals f. d. moderne Syphilistherapie 142, 256.
Petrini de Galatz, Michail, Btrg. z. klin. u. histolog. Studium der Acanthosis nigricans in Verbindg. m. e. Pulmonalkrebs 266.
*— Alfred Fournier † 368; ferner 360.
Petzoldt, Kasuistische Mitteilgn. a. d. Praxis 304.
Peyri, Jaime Rocamora, Professionelle Perionychie bei Gemüseschälern 217.
— Vorläufige Mitteilg. üb. das Leukozytozoon syphilidis 82.
— Diagnostik der Varietäten der Hautepitheliome u. die sich daraus ergebenden prognost. Konsequenzen 402.
— u. San Ricart, R., Ein Fall von Morphoea dch. Hochfrequenzströme geheilt 423.
Pfister, Edwin, Üb. das organische Gerüst der Harnsteine 457.
Philippart, Bhdlg. der essentiellen Enuresis nocturna infantilis 444.
Philippi, H., Die Therapie der Lues mit Lungentuberkulose im Hochgebirge 132.
Pick, Walther, Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie 111.
Picker, R., Üb. den Bau der menschl. Samenblasen 543.
Pili, Antonio, Chron. fibromatoide Dermatitis inf. syphilit. Sklerose der Kapillaren 501.
Pillon s. Nicolas.
Pinardi, Giuseppe, Experim. Untersuchg. üb. urethrale Plastik 469.
Pinkus, Felix, Die Bedeutg. der Hautkrankheiten f. d. Krieg 167; ferner 336.
Pirkner, E. H. F., Einige Bemerkg. über freiwillige Sterilität 271.
v. Planner (Graz), Erfahrungen mit Embarin in der Privatpraxis 140.
Plicque, A. F., Die antisyphilit. Bhdlg. bei Tabes 134.
— Steinkohlenteer in der Ekzembehandlung 252.
Plöger, Heinrich 64.
Pöhlmann, August 40.
Polák, O., Die Therapie des Erysipels mit Antidiphtherieserum 329.
Policard u. Mangini, Ein Fall von Xanthelasma. Zytolog. u. histochem. Tatsachen üb. die Xanthomzellen 425.

Digitized by Google

Polland, R., Syphilisbehandlung mit Embarin 141.
*— Über Atrophia maculosa cutis luetica 193. Nachtrag 353.
— Pagets Disease a. d. Wange 264.
— Bemerkenswertes anläßlich einer kleinen Endemie von Erythema multiforme 416; ferner 40.
Poncet, A., Aktinomykose des Nackens u. Gesichts 326.
Pontoppidan, E. 88.
Porges (Wien), Die Serodiagnostik der Syphilis mittels der Präzipitationsmethoden 35.
Portner, Ernst, Katheter 463.
— Fremdkörper in der Harnröhre 466.
— Erkrankgn. der Blase 470.
— Die Erkrankungen der Nieren 588.
Porta, Antonio, Myiasis cutanea beim Menschen 499.
Posner, Karl 40.
Praetorius (Hannover), Über Steinanurie 483.
— Bemerkgn. üb. Prostatahypertrophie 483.
Priester, J., Eine Modifikation des Unnaschen Zinkleimverbandes, ein Btrg. z. Bhdlg. des Ulcus cruris 406.
Pringle, J. J. 80.
Prowazek Edler v. Lanow, Stanislaus, Untersuchgn. üb. die Tona d. Pferde auf Samoa 304.
— s. Leber; ferner 280.
Przezdziecki, Alojzy, Über Alopecia areata 423.
Pujol (Tarascon), Üb. die Spontangangrän der Genitalien 442.
Pulay, Erwin, s. Weidenfeld.
Pusey, Allen u. Stillians, Arthur W., Noguchis Luetinprobe auf Syphilis 202.
Pye-Smith, R. J., s. Nutt.

Quintarelli, Luigi, Günstiger Einfluß der Röntgenstrahlen auf Hauttransplantate 501.

Rabinowitsch, Marcus, Syphilis u. Wasserm. Reaktion b. d. Findelsäuglingen 38.
— Üb. eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums u. dadurch bedingte Fehlerquellen d. WR 54.
Radaeli, F., Über Monosporose 298.
Radvánszky, B., Hyperkeratose a. d. Haut eines Mammakarzinoms 357.
Ragusin, Neocle, Ein Fall von Lymphadenomatosis cutanea aleucaemica 221.
— u. Barillatti, Juan, Ein Fall von Hautsporotrichose 222.
Raices, José A., Knochensyphilis 221.
Randall, A., Die endoskop. Bhdlg. v. nächtl. Pollutionen 541.
Rankin, T. Thomson, Über ein neues Harnantiseptikum 458.
Rasch, C., Über Besniers Prurigo 72.
— Ein Fall von sog. hysterischer Dermatose 418; ferner 88.
Rasp, C., s. Seiffert, G.
Ratera, Julián, Postekzematöser Pruritus dch. Radiotherapie geheilt 82.
Ravaut, Paul, Rezidive u. Reinfektionen n. d. Salvarsanbhdlg d. frischen Syphilis 206.
Ravogli, Augustus, Salvarsan u. das Profetasche Gesetz 166.
— Bericht üb. e. Fall von Sporotrichosis v. tuberkuloidem Typus 300.
— Zur Bhdlg. des Epithelioms 353.
— Einige prakt. Punkte b. d. Bhdlg. von Unterschenkelgeschwüren 406.
Rebattu, J. u. Martin, Joseph, Recklinghausensche Krankheit 382.
Reenstierna, J., Untersuchgn. üb. den Mikroorganismus der Lepra 73.
— Gonokokkenabszeß am linken Oberarm (Vakzin- u. Serumbhdlg.) 265.
Regidor, A. Pardo, Lupus papillomatosus vegetans der Hände 503.
Reiche, Erysipelas staphylococcicum 328.
Reilly s. Sicard.
Renner, Bhdlg. der Blasentumoren m. Hochfrequenzströmen 485.
Reyes, C. M., Über „Noma" a. d. Philippinen, m. bes. Berücksichtigg. eines geheilten Falles 331.
Ribolla, R., Il medico a bordo e nei paesi tropicali 420.
San Ricart, R., s. Peyri.
Richards, O., Rhinosklerom 327.
Richter (Königsberg), Die nächsten neuen prakt. Ziele u. Aufgaben b. d. Bekämpfg. der Geschlechtskrankheiten 297.
Riebes s. Scholtz.
Riecke, Erhard, Lehrbuch d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten 30.
— Kongenitale Phimose u. akute Blennorrhoe. Dermographismus 394.
— Urticaria chronica. Wachstumsstriae 394.
— Urticaria follicularis. Verrucae planae 394.
— Dermographismus. Überzählige Warze. Verrucae planae. Jmpetigin. Ekzem. Lues II 394.
— Maculae coeruleae 395.
— Generalisierte akute Dermatitis dch. Perubalsam. Schieferanthrakosis 395.
— Ekzema seborrhoicum. Wachstumsstriae 395.

Digitized by Google

Riecke, Erhard, Lichen pilaris. Wachstumsstriae. Dermographismus 395.
— Ichthyosis simplex et nitida. Keratosis pilaris 395.
— Alopecia areata. Dermatitis papillaris nuchae 395.
— Anthrakosis 395.
— Balanitis simplex e. Sklerose vortäuschend 395.
— Tubero-serpiginöses tertiäres Syphilid 395.
Riehl, Gustav, Radium u. Krebs 374.
— Karzinom und Radium 374; ferner 64, 280.
Riemann, G., Über einen Fall von Addisonscher Krankheit nach Trauma 397.
van Riempst, T. Schaepkens, Persönl. Erfahrgn. mit Neosalvarsan 231.
Rietz, Torsten, Ein Fall von Bifurcatio urethrae 464.
Rille, J. H., Farbige Photographien von Hautkrankheiten 232.
— Blitzschlagverletzung 304.
*— Sophus Engelsted † 366.
— Gebrauch von Talk bei Zinkpaste 360.
Ritter, Hans, Die Röntgenbhdlg. des Ekzems 253.
— Weitere Beiträge zur Cholinwirkung (Wirkung auf Psoriasis) 256.
— u. Allmann, Experim. Btrge. zur Cholinwirkung 377.
— u. Lewandowsky, F., Untersuchgn. zur Wirkg. der Röntgenstrahlen auf Karzinomzellen an einem Fall von Hautkarzinomatose 359.
— s. Meyer, Hans.
Robertson, H. E., Studien üb. die Nekrose nach intramusk. Injektionen von Salvarsan u. Neosalvarsan 226.
da Rocha-Lima, H., Zur Histologie der Verruca peruviana 323.
Roecke (Frankfurt), Zur Salvarsanbhdlg. der progressiven Paralyse 189.
Rössle, Herm., Über gleichzeitige Addisonsche und Basedowsche Erkrankung 397.
Roger s. Vedel.
— H., Sartory, A., u. Ménard, P. J., Eine neue menschliche Mykose: die Chalarose 279.
Rominger, E., Z. Bhdlg. der Phimose im Kindesalter 460.
Rosenthal, O., Striae distensae et keloideae 421.
Ross, Thos. W., Dringende Empfehlung der Anwendung gerader Harnröhrensonden 271.
— Einige Bemerkungen üb. die Nägel u. ihre patholog. Veränderungen 510.
Rost, G. A., Zur Vakzineanwendg. bei Blennorrhoe 416.
Rosti, Radiotherapie b. Prostatahypertrophie, Prostatitis u. Periprostatitis chronica 584.
*Roth, Alfred, Über Embarin 69.
— Über Lipojodin 135.
— Merlusan, ein neues inneres Antisyphilitikum 141.
Rothwell, John J., Ein Fall von Ringwurm des behaarten Kopfes beim Erwachsenen 580.
Roux, Edm., Die Wassermannsche Reaktion b. Neugeborenen u. b. Säugling 37.
Rubritius, Hans, Die Koagulationsbhdlg. der Blasengeschwülste 485.
Rudolph, Max, Üb. die brasilianische Figueira 323.
*Rühl, Karl, Experim. Btrg. z. Ätiologie der Pellagra 113, 151, 176.
— Über Salvarsan u. Neosalvarsan, besonders ambulatorisch angewendet 230.
Ruete, Sclerodermia ulcerosa linearis („en bandes") 421.
Ruggiero, Romeo, Einwirkg. des lupösen Granuloms u. einiger experim. Entzündungen a. d. Knorpelgewebe 501.
Rupprecht (München), Die Prostitution der jugendl. Mädchen, ihre Ursachen u. ihre Bekämpfung 297.
Rusch, Paul 192.
Russ, C., Eine neue Methode, chron. Kolizystitis u. and. bakt. Infektionen zu behandeln 471.
Rutherfurd, Eugen, Fall von plexiformem Neurofibrom mit hypertrophischen u. Pigmentveränderungen der Haut, angiomatösen Herden, Muskelatrophie und Rarefaktion der Knochen 382.
Rygier, Stefanie, Ein Btrg. z. d. Untersuchgn. üb. das Pseudoxanthoma elasticum 383.
Rytina, A. G., Die Radikalexstirpation des Verumontanum 526.

Sachs, B., Strauss, J., u. Kaliski, D. J., Moderne therapeut. Methoden b. Syph. des Nervensystems 133.
— Otto, Z. Frühbehandlung der Syphilis 131.
— Zur Anwendg. des Urotropins (Hexamethylentetramin) in der Dermatologie 459; ferner 88, 112.
Sadger, J., Zur sexuellen Anästhesie des Weibes 525.

Digitized by Google

Sänger, Alfred, Üb. den Wert einiger Modifikationen (Cholesterinherzextrakt u. Kältemethode) d. Wasserm. Reaktion f. die Neurologie 56.
— Über Eunuchoidismus 440.
Sainton, Paul, Hautpigmentation b. Basedow 396.
Saissi, Lokalanästhesie b. Operation der Phimose 461.
Sakaguchi, Y., Ein Fall von primärem Nebenhodenkarzinom 548.
Salomonski, M., Über Erfahrung mit Embarin 140.
Šamberger, F., Eine neue Bhdlg. des akuten Ekzems 252.
Sandman (Stockholm), Über präventive Bhdlg. wg. Syphilis 76.
— Fall von Oedema perstans faciei 78.
— Fall von Urticaria chronica 78.
Sandved, M., Dystrophia adiposo-genitalis 442.
Sanfelice, Francesco, Untersuchgn. üb. das Epithelioma contagiosum der Tauben 396.
Santos, Carlos, s. Boerner.
Saphier, Johann, Zur Bhdlg. des Ulcus cruris chron. m. Radiumemanation 406.
— Über Abortivbehandlung der Lues 129.
— u. Zumbusch, L., Üb. die Bhdlg. der vereiterten Bubonen m. d. von Edelmann u. von Müller angegebenen Methylenblau-Silber 325.
Sardemann, Emil, Üb. die Bhdlg. der Aktinomykose m. Röntgenstrahlen 327.
Sartory, A., s. Roger.
Scaduto, G., Zwei mit Röntgenstrahlen behandelte u. völlig geheilte Fälle von Hyperkeratose 255.
Schaack, Wilhelm, s. Hesse.
Schalek, Alfred, Pemphigus foliaceus 278.
Schaller, R., Üb. e. Fall von spontaner Blasensteinzertrümmerung 483.
Schapira, S. W., s. Schoenenberger.
Scharff, P., Zur Prophylaxe u. Therapie der Geschlechtskrankheiten im Felde 192.
*— Das Richtersche Kontraluesin u. seine prakt. Bedeutung 233.
Scharffenberg, J., Rattenbiß in den Penis 461.
Scharnke (Köln), Enuresis u. Spina bifida occulta 444.
Schauer (Schönau), Über Kombustin (Winter) 296.
Schaumann, Jörgen, Über Radiumbhdlg. von Hautkrankheiten 73.
— Fall von Epitheliom i. e. alten Lupus erythematosus 73.
— Fall von Lupus pernio 73.
Scheide, Johannes, Ein Btrg. zur Zystenbildg. in der Prostata m. epidermoidaler Auskleidung 581.
Scherber, G., Weitere Mitteilung üb. den Verlauf der mit Quecksilber frühbehandelten Syphilisfälle 138.
Schereschewsky (Paris), Syphilisprophylaxe m. d. Chininsalbe 109.
Schindler, Carl, Der Salvarsantod. Seine Ursache u. seine Verhütung. Intravenöse oder intramusk. Salvarsaninjektion 224.
— Otto 40.
Schlasberg, H. J., Zur Frage v. d. Heilbarkeit der Blennorrhoe bei Prostituierten 73.
— Fall zur Diagnose 77.
Schlesinger, E., Üb. den gegenwtg. Stand der Radiumtherapie bösartiger Geschwülste 334.
Schloffer, H., Zur Technik der suprapub. Prostatektomie u. ihrer Nachbehandlung 587.
Schmidt (Stockholm), Über Rektalblennorrhoe bei Prostituierten 78.
— H. E., Röntgen-Therapie (Oberflächen- und Tiefenbestrahlung) 186.
Schmitt, A., Die Salvarsantodesfälle u. ihre Ursachen m. Berücksichtgg. der Salvarsanschäden 228.
v. Schnizer (Mühlhausen i. E.), Über Hexal 458.
Schöbl, O., Die Ätiologie der Trichomykosis palmellina a. d. Philippinen 299.
Schoenenberger, F. J., u. Schapira, S. W., Die intravesikale Verwendg. v. Radium b. Karzinom 486.
Schoenrich, Herbert, s. Likes.
Scholtz, W., Die Heilung der Syphilis dch. die kombin. Salvarsan-Quecksilberbhdlg. 163, 164.
— Üb. die Bhdlg. der Syphilis dch. kombinierte Salvarsanquecksilberkuren 273.
— u. Riebes, Üb. die Heilg. der Syphilis dch. kombinierte Salvarsan-Quecksilberbhdlg. 163.
Schopper, K. J., s. Kyrle.
Schramek, Maximilian 144, 360.
Schreiber, E., Üb. die Wirkungsweise des Salvarsans u. Quecksilbers b. d. Syphilis 163.
von Schubert, E., Zur Technik der endolumbalen Neosalvarsantherapie 246.
Schubert, M. E., Zur Bhdlg. der Furunkulose im Säuglingsalter mittels Thermokauter 303.

Digitized by Google

Schueller, Hugo, Über die Erfahrgn. mit Rademanit bei Karzinom 375.
— Zur Technik der Radium-Mesothoriumbestrahlung in der Urologie 446.
— Radiumtherapie in der Urologie 447.
Schürer von Waldheim, F., Die Heilung und Verhütung des Krebses 356.
*Schumacher, J., Silbernitrat oder Silbereiweiß? 13.
*— Ammoniumpersulfat bei Gonorrhoe 169.
*— Üb. das Verhalten des Salvarsans zu Silbereiweißpräparaten u. die kombin. Bhdlg. mit bd. Medikamenten 257.
— Kritisch-chem.-pharmakolog. Betrachtgn. üb. den Wert des Kalium-Aurum cyanatum b. d. Chemotherapie der Tuberkulose 416.
Schwartz, Dekortikation d. Zunge wg. Leukoplakie 335.
Scott, G. B., Die Bhdlg. der Syphilis im Royal Naval Hospital zu Chatham 130.
Seay, Cornelius James, Üb. den Wert der Vakzine b. Komplikationen der Blennorrhoe 273.
Sederholm, Fall von papulo-nekrotischen Tuberkuliden 77.
— Fall zur Diagnose 78.
— Fälle von Keratoma hereditarium palmare et plantare 78.
Seeliger, Hiram H., Über die lokale Anwendg. von Eisentinktur in der Dermatologie 185.
Seelye, Hiram H., Hautepitheliome dch. Sonnenlicht geheilt 354.
Seemann (Berlin), Zur Therapie der Hämorrhoiden 405.
Seger, Emil, Erfahrgn. mit Neosalvarsan 244.
Segrè, Giorgio, Üb. einen Fall von Hautsporotrichose 370.
Seidelin, H., Die Bhdlg. von kutanen Epitheliomen mit Äthylchlorid 353.
Seifert, Ernst, Üb. den Bau der menschl. Samenblasen 543.
Seiffert, G., u. Rasp, C., Reaktionsumschläge b. wiederholter Wasserm.-Reaktion 39.
— Otto, s. Braun.
Sequeira, J. H., Die Bhdlg. der malignen Tumoren der Haut 399; ferner 79.
Sibley, W. Knowsley, Die Bhdlg. der Akne 269.
— u. Camb, B. C., Üb. die Bhdlg. der Syphilis 505.
Sicard, Kraniozentese u. subarachnoidale zerebrale Neosalvarsaninjektionen 246.
— Reilly, Dissoziation in der Haarbildung 430.
Sikemeier, Ernst, Zur Pathogenese des generalisierten Xanthoms 382.
Silvestrini, L., Urethroplastik vermittels eines freien Stückes einer Faszie 469.
Simmonds, M., Über hämatogene Tuberkulose der Prostata 582.
— Üb. Tuberkulose des männl. Genitalsystems 445.
Simon (Plauen), Zur Kasuistik der multiplen symmetr. Lipomatose 380.
— Hermann, Die Bhdlg. der Geschwülste n. d. gegenwtg. Stande u. d. Ergebnissen der experim. Forschung 223.
— W. V., Btrge. z. Kenntnis u. Therapie der Hydronephrose 29.
Simons, Irving, s. Jones.
Sinclair, D. A., Retrourethrale zystoskopische Führung b. d. äußeren Urethrotomie 468.
Sluys (Brüssel), Ein Fall von Makrocheilie 379.
Smith, E. O., Pathologie der Prostata 565.
— George Gilbert, Chron. Zystitis b. Weibe ist keine essentielle Erkrankung 470.
— L. W., Die suprapub. Prostatektomie m. spez. Berücksichtgg. der Dränage 587.
Sobotka, Paul, Studien üb. den Einfluß experim. veränderter örtl. Bedingungen auf die Lichtreaktion (Ultraviolettreaktion) der menschl. Haut 419.
Solbrig, O., Desinfektion, Sterilisation, Konservierung 540.
Sommer, Baldomero, u. Greco, Nicolás V., Araneidismus 219.
— — Skorpionidismus. Solifugidismus (Galeodismus) 220.
— — Myriapodismus 220.
— — Phthiriasis pubis dch. Pediculi capitis 220.
— — Maculae caeruleae dch. Pulex irritans 220.
— — Creeping disease (Larva migrans, Myiasis linearis) 221.
— — Prophylaxe d. Syphilis 222.
Sowade, H., Klinische Erfahrungen mit Embarin 139.
Spät, Wilhelm, Zur Frage der Herkunft des luetischen Reaktionskörpers i. d. Zerebrospinalflüssigkeit 85.
Spalding, C. B., Die Urethra 161.
Sparmann, Bericht üb. den weiteren Krankheitsverlauf der mit Radium bhdltn. Fälle maligner Tumoren 375.
Speirs, W. R., Bhdlg. des chemischen Ulcus cruris 405.

Digitized by Google

Spencer, G. W., Die intralumbale Injektion von Salvarsanserum 225.
Spiethoff, B., Zur Lösung des Neosalvarsans im Eigenserum 245.
— Üb. die Hirndruckerhöhg. bei Lues nach Salvarsan 227.
Spietschka, Theodor 512.
Sprinzels, Heinrich 360.
Squier, J. Bentley, Chirurgie der Sanduhrblase 511.
Šrámek, R., Ein Fall von Impetigo staphylogenes Bockhart m. bes. Lokalisation u. Ausbreitung 277.
Stammler, Diagnost. u. therapeut. Krebsstudien 355.
Staniek s. Busson.
Stanziale, Rodolfo, Ein neues Quecksilberpräparat f. d. Syphilisbhdlg. (Hydrargyrum sulfamin-dimethylpyrazolon, Argulan) 142; ferner 232.
Starke (Breslau), Üb. die Anwendg. der Morgenrothschen Kombinationstherapie (Salvarsan, Äthylhydrokuprein u. Na. salicylicum) b. d. Syphilis 248.
Starkey, Frank R., Mangelhafte Funktion der innersekretor. Organe 271.
Stein, Robert Otto, Die Gilchristsche Krankheit (Blastomycosis americana) u. ihre Beziehg. z. den in Europa beobachteten Hefeinfektionen 265.
— Die Fadenpilzerkrankungen des Menschen 275.
— s. Müller, Rudolf.
Steiner, Paul, Über Urethroskopie b. chron. Blennorrhoe 272.
— Saul, Die Bhdlg. der chron. Urethritis 464.
Stemmler, Charlotte, Die Tätigkeit der Polizeipflegerin 458.
Stern, K., Üb. Entfernung von Tätowierungen 428.
Sternberg, Carl, Versuche üb. die Wasserm. Reaktion 52.
Stillians, Arthur W., s. Pusey.
Stimpson, W. G., Über Syphilisbehandlung. Vergleichende Statistik der Zahl der tägl. i. d. Krankenhaus z. Bhdlg. kommenden Syphilitiker, mit oder ohne Salvarsan, resp. Neosalvarsananwendung 506.
Stokes, John Hinchman, s. Wile.
Stone, Chester T., Quellen von Irrtümern b. d. Wasserm. Reaktion 52.
Stowers, J. H. 80.
Strachstein, A., Einige Betrachtgn. üb. die Blennorrhoe 273.
Strandberg, J., Fall zur Diagnose (Sarcoma cutis) 75.
— Fall von Onychia sicca luetica 75.
— Fall von Onychomykosis favosa 75.
Strandberg, J., Fall von Lupus erythematosus b. e. 4j. Kinde 75.
— Fall zur Diagnose 75.
— Fall von Sclerodermie en plaques 76.
— Von der Wirkung einiger Heilmittel in kolloidaler Form 79.
— Einige Worte über Onychogryphosis anläßl. eines eigentüml. Falles 421.
Straus, Friedr. 40.
Strauss, J., s. Sachs, B.
Strominger, L., Rückenmarkslokalisationen i. d. Pathologie der Niere u. Blase 83.
Strong, Richard P., Die Ätiologie von Oroyafieber u. Verruca peruviana 322.
Strübing, Paul 432.
Strzyzowski, Casimir, Übergang von Quecksilber in die Haarsubstanz nach Quecksilbereinführung unter die Haut bei Lueskranken 384.
Stühmer, A., Salvarsanserum 225, 226.
*Stümpke, Gustav, Ein Fall von Syringozystadenom 362.
Suter, F., Z. Kasuistik der Prostatakonkremente 30.
Sutton, R. L., Trichotillomanie 231.
— Das Auftreten v. krebsigen Prozessen an benignen Hautgewächsen 377.
Swan, Jocelyn, Tumoren der Blase 484.
Sweitzer, S. E., Boecksches Sarkoid 335.
Swift, H. F., u. Ellis, A. W. M., Die Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphilis 63.
— — Die kombinierte Lokal- u. Allgemeinbhdlg. d. Syphilis des Zentralnervensystems 133.

Tabell, Irvin 182.
*Taege, Karl, Eduard Jacobi † 158; ferner 208.
Tanton, J., u. Grenier, M., Vakzinotherapie u. Serotherapie der Blennorrhagie u. ihrer Komplikationen m. bes. Berücksichtg. d. Vakzine v. Nicolle u. Blaizot 82.
Teleky, Dora, Intermittierende Reizblase bei Retroflexio uteri 30.
Thalmann, Arthur Arno 64.
Thedering (Oldenburg), Die Röntgenbhdlg. des chron. Ekzems 254.
— Zur Therapie des Herpes tonsurans 298.
— Üb. die Radiotherapie der Alopecia totalis 422.
Thiele, F., s. Fränkel.
— F. H., u. Embleton, D., Methoden der Verbesserg. d. Genauigkeit u. Empfindlichkeit der Wasserm. Reaktion 51 (Bis).
Thiers s. Dufour.
Thilo, O., Z. Bhdlg. des Formalinekzems 251.

Digitized by Google

Thimm, Paul 304.
Thomas, B. A., u. Ivy, R. H., Bemerkgn. zur Wasserm. Reaktion 35.
— — Der Gebrauch von Cholesterinextrakten f. die Wasserm.-Reaktion 57.
— J. L., Bericht üb. eine neue kombin. Methode der Prostatektomie 587.
Thompson, J., Infektion des kindl. Urintraktes dch. den Bacillus coli communis 445.
— R., Eine Operationsmethode bei Kryptorchismus 544.
— s. Iredell.
*Thümel, K., Über Embarin in der Privatpraxis 293.
Tièche (Zürich), Über zwei Fälle von Plaut-Vincentscher Stomatitis ulcerosa 331.
della Torre, Pier Luigi, Ein Fall von traumatischer Blasenruptur 512.
Touton (Wiesbaden), Üb. den Einfluß der modernen Syphilisforschung a. d. Syphilisbhdlg. in Badeorten 110; ferner 88.
Trammer, Emil 468.
Treitel, Über Ristin, ein neues Krätzemittel 429.
Trembur, F., Neuere, insbes. röntgenologische u. zystoskopische Befunde bei erwachsenen Enuresis nocturna-Kranken 444.
*Trendelenburg, F., Über Nosokomialgangrän 385.
Trenkler, Rudolf, Üb. einen Fall von vollkommener Penisspaltung 462.
Treupel (Jena), Untersuchgn. üb. das Verweilen des Salvarsans in der Blutbahn bei intraven. Injekt. konzentr. wäßriger u. konzentr. Serumsalvarsanlösung 417.
Troin, G., s. Launois.
Troisfontaines, P., Das Galyl, ein Arsenpräparat gg. Syphilis 165.
Trossarello, M., Intradermoreaktion b. Lues dch. Extrakt aus skrotalen Syphilomen v. Kaninchen (Treponemina) 58.
Truffi, M., Üb. die Wirkung d. Goldes bei experim. Syphilis 135.
*Trýb, Ant., Ein Btrg. z. Kenntnis der präkanzerösen Wucherungen 553.
Tsuzuki, M., Ichibagase, K., Hagashi, H., u. Htano, Antiluetin, ein neues Mittel der Kombinationstherapie u. seine therapeut. Wirkung 136.
Tubby, A. H., Eine neue Methode der Narbenbehandlung mit multiplen Inzisionen u. Thiosinamin 381.
Tyler, A. F., Üb. den Wert der Röntgenstrahlen b. d. Diagnose von Harnsteinen 273.
Uncini, Cherubino, Üb. die Wirkg. einiger Essenzen auf die Psoriatikerhaut 215.
Underhill, A. J., Zysten der Urethra prostatica 465.
Unna, Georg Wilhelm 336.
— K., Die Entfernung des Frauenbartes 431.
*— P. G., Die Wirkung des Höllensteins 20, 46.
*— Quecksilbergleitpuder (Pulvis fluens hydrargyri) als Ersatz der grauen Quecksilbersalbe 337.
*— Weizenstärke als Hautmittel u. ihr Ersatz 473; ferner 304.
— jr., Paul 448.
Unterberg, H., Die Bakterienflora der normalen Prostata 566.
Uribúrú, Julio V., Hygiene d. Haut u. der behaarten Kopfhaut in der Schule 222.

Valentiner, Otto 232, 256.
Varney, H. R., u. Baeslack, F. W., Eine vergleichende Studie üb. Antigene f. die Wassermann-Reaktion 54.
— u. Morse, P. F., Die Abderhaldensche Technik, angewandt zur Diagnose der Syphilis 578.
Vaudescal s. Bender.
Vázquez, A. Hernández, Ein Fall von Intoleranz gg. Quecksilber 524.
Vedel, Roger, u. Blouquier de Claret, Plötzl. Tod nach einer Lumbalpunktion 407.
Vernes s. Jeanselme.
Verrotti, Giuseppe, Übertragg. einer Emulsion eines Leproms auf einen niederen Affen. Entstehg. eines primären subkut. Knotens a. d. linken Arme u. sukzessiver sekund. Knoten a. d. rechten Arme 214.
Verzár, St., Mit Salvarsan behandelte Syphilisfälle 203.
Vignolo-Lutati, Carlo, Beitrag z. Studium der professionellen Leukodermien und Melanodermien 213.
— Bhdlg. des Pruritus vulvae mit Radium 371.
Villafranca, Rafael, s. Heiser.
Li Virghi, G., Über Kollikulitis 83.
Vörner, H., Über Phlebitis zoniformis ectatica und den Zonalismus 265.
Volk, Richard, Zur Kenntnis der „subkutanen Sarkoide" (Darier-Roussy) 335.
— s. Grosz; ferner 208, 408.

Wadhams, S. H., u. Hill, E. C., Resultate der Bhdlg. d. Syphilis mit Salvarsan u. Neosalvarsan 229.

Digitized by Google

Waegeler, H., Zur Histogenese der Nabeladenome nebst e. kasuist. Beitrag 380.
Waelsch, Ludwig, Z. Bhdlg. des Pruritus ani 427.
Wagner, Karl, Die Diagnose u. Therapie der Syphilis in der Hand des prakt. Arztes 88.
Walker, E. A., Bericht üb. ein ungewöhnl. großes Harnröhrenkonkrement 466.
Walsh, David, Lichen planus 277.
Warnecke (Görbersdorf), Btrg. z. Frage der Beziehg. der Tuberkulose zur Psoriasis 276.
von Wassermann, August, Analyse der Wirkung radioaktiver Substanzen auf Mäusekrebs 356; ferner 40.
Weber, F. P. 80.
Wechselmann, Wilhelm, Über reine Salvarsantherapie der Syphilis 190.
— Kritische Bemerkgn. z. Pathogenese eines „Salvarsantodesfalles" 229.
Weichselbaum, A., Ätiologie u. Diagnose der bösartigen Geschwülste 332.
Weidenfeld, Stephan, u. Pulay, Erwin, Einige Bemerkgn. zur Prophylaxe der Pedikulosis 430.
— — Einige Beobachtgn. üb. Hautkrankheiten im Kriege 471.
Weil, Pierre, s. Mathieu.
— Richard, Die Wirkungen des kolloidalen Kupfers, m. e. Analyse der therapeut. Kriterien beim menschl. Karzinom 376.
Weill, E., u. Dufourt, A., Herpetische Stomatitis dch. Pneumokokken 278.
Weinbrenner (Koblenz), Heilung des Hautkrebses mit Salizylsäure 376.
Welcker, A., Nachtrag zur Cholera- u. Typhusgangrän. Die symmetr. Gangrän im Balkankriege. Kein Frostschaden 321.
Wesener, F., Zweijährige Erfahrgn. m. d. Wasserm. Reaktion 36.
Wettstein, C. R., Über Hämaturie 161.
Wetzel (Straßburg), Btrg. zur Lehre von der Malakoplakie der Harnblase 510.
Weygandt, W., Jakob, A., u. Kafka, V., Klin. u. experim. Erfahrgn. b. Salvarsaninjektionen in das Zentralnervensystem 224.
Wheeler, W. J. de C., Anastomosierung des Vas deferens 542.
Whitby, V., Ein auf Maul- u. Klauenseuche verdächtiger Fall 277.
White, Charles J., Die Anwendg. von Kalziumlaktat b. d. Bhdlg. gewisser Dermatosen 579.
— James Clarke 232.
Whitfield 80.
Wick, Gundu in Neuguinea 379.
Wiener, Salomon, Bhdlg. der Harnröhrenkarunkel m. Hochfrequenzkautherisation 465.
Wildbolz, Hans, Diagnose u. Bhdlg. der Blasen- u. Nierentuberkulose im Beginne 84.
— Die operative Bhdlg. der Prostatahypertrophie 585.
Wile, Udo Julius, u. Stokes, John Hinchman, Studium der Spinalflüssigkeit in bzg. auf Störungen des Nervensystems bei der Sekundärsyphilis 578.
*Wilke, Karl, Beiträge z. Statistik der Skabies auf Grund der von 1903—1910 in der Leipziger Hautklinik behandelten Krätzekranken 281, 310, 344.
Williams, G. O., Bhdlg. variköser Ulzerationen mit Käse 405.
Willmes, Josef, Die Bhdlg. der Furunkulose m. Autovakzinen 303.
Wise, Fred, Röntgenstrahlen b. Ekzem d. Hände. Vorläuf. Bericht üb. die Bhdlg. chron. rezidiv. u. hartnäckiger Fälle 255.
— Lichen planus der Glans penis u. dessen Bhdlg. mit Röntgenstrahlen 277.
— s. McKee.
With, Carl, Üb. die Fällungsreaktion m. glykocholsaurem Natrium bei Zerebrospinalflüssigkeit 85.
— s. Bang.
Wittig, Walter, Bhdlg. des Bubo m. Röntgenstrahlen 325.
Wittmer, Albert 192.
Wizel, A., Sexuelle Störungen psychischer Natur 84, 373.
Wodak, Ernst, Hat der Schnuller etwas mit Glossitis exfoliativa zu tun? 256.
Wohl, M. G., Granuloma fungoides 328.
Wolbarst, Abraham L., Ein Bericht über sieben Fälle von Syphilis, die mit einer Salvarsaninjektion geheilt zu sein scheinen 190.
— Die allgemein durchgeführte Zirkumzision als sanitäre Maßregel 460.
Wolf (Wiesbaden), Salvarsanbehandelte Mütter u. ihre Kinder 167.
Wolff, Wilhelm 40.
Wolffenstein, W., Die Gefahren der Quecksilberkuren u. ihre Verhütung nebst e. Falle von merkurieller Scheidengangrän 137.
Wolfsohn, Julian Mart., Die Kutanreaktion b. Syphilis 60.
Woodward, H. M. M., u. Clarke, K. B., Bericht üb. 3 Fälle von Rotz 248.
Wossidlo, Erich 40.
— H., Diathermie u. Elektrokoagulation in der Urologie 447.

Digitized by Google

Young, Hugh Hampton, Der gegenwtg. Stand der Diagnose u. Therapie der Blasentumoren 484.

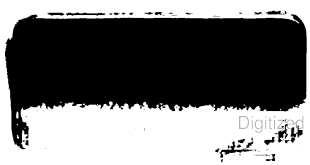
Zaccarini, Giacomo, Ein Fall von angeborener Elefantiasis der unt. Extremität 214.
Zannini, W., Ein eine Cystis sebacea vortäuschendes Kankroid der behaarten Kopfhaut 439.
Zappalà, Antonino, Andere Kulturmedien für Mikrosporon furfur 215.
— Beziehgn. der Psoriasis zu der Dermatitis desquamativa maligna u. septischen Agentien 370.
Zarzycki, St., s. Arzt.
Zeher, Noah, Ein Fall von Nekrose des Skrotums, veranlaßt dch. chem. Reizung u. kompliziert m. Erysipel 505.
v. Zeissl, M., Bhdlg. der Syphilis mit Salvarsan u. Quecksilber 164.
Zieler, Karl, Üb. intraepidermoidale Krebsausbreitung u. die unter d. Namen „Paget-Krebs" bekannte Erkrankung der Haut 402; ferner 144.
Zigler, M., Befürwortung intensiverer Quecksilberbhdlg. bei Syphilis 137.
Zimmermann, J. B., s. Hopkins.
Zinsser, Ferdinand 64.
Zondek, Entfernung einer russischen Maschinengewehrkugel aus der Blase dch. die Urethra 483.
Zuckerkandl, O., Über Zystographie 470.
Zürn, Btrg. z. Abortivbehandlung der Syphilis 127.
v. Zumbusch, L., s. Saphier.
Züriga, V. Rodriguez, Resultate der Opotherapie bei Addisonscher Krankheit 397.
Zwick, A. D., Üb. neue Btrge. zur Urologie von seiten der Franzosen 506.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google



Digitized by Google

UNIVERSITY OF MINNESOTA
biom,per bd.60
stack no.50

Dermatologische Wochenschrift.

3 1951 002 741 475 8

MINITEX
Minnesota Library Access Center
9ZAR05D16S16TEB

Digitized by Google